

CONTRIBUTION A LA THÉRAPEUTIQUE
DE
L'ANUS CONTRE NATURE
ENTÉORRAPHIE AVEC INCISION PÉRITONÉALE D'EMBLÉE
et **MÉTHODE DE MURPHY**

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 20 Décembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GABRIEL REGAD

Né le 4 Mars 1871, à Morez-du-Jura (Jura),

Élève de l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Décembre 1895

CONTRIBUTION A LA THÉRAPEUTIQUE
DE
L'ANUS CONTRE NATURE

ENTÉRORRAPHIE AVEC INCISION PÉRITONÉALE D'EMBLÉE
et **MÉTHODE DE MURPHY**

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 20 Décembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GABRIEL REGAD

Né le 4 Mars 1871, à Morez-du-Jura (Jura),

Élève de l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Décembre 1895

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LÉPINE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE.
Anatomie.		FLORENCE
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER
Médecine légale.		POLLOSSON (MAURICE)
Hygiène.		ARLOING.
Thérapeutique.		LACASSAGNE.
Pharmacie.		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes.	LAROYENNE.
---	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL, agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON (Aug.) —
Botanique.	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. POLLOSSON (Aug.)	MM. BOYER.	MM. DOYON.
CONDAMIN	ROCHET.	CURTILLET.	BARRAL.
COURMONT.	ROLLET.	VALLAS.	MOREAU.
DEVIC.	ROQUE.	SIRAUD.	CAUSSE, chargé des
DIDELOT.	ROUX.	DURAND.	fonctions d'agrégé.
GANGOLPHE.	COLLET.		

M. ETIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. POLLOSSON (M.), Président ; M. WEILL, Assesseur ; MM. GANGOLPHE et CONDAMIN Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA VÉNÉRÉE GRAND'MÈRE

A MES PARENTS

A mes meilleurs amis

HENRY LOMBART. — HENRY DROUHARD

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR MAURICE POLLOSSON

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GANGOLPHE

A MES MAITRES

de la Faculté et des Hôpitaux de Lyon,
de l'École de Médecine de Besançon,
de l'École du Service de Santé Militaire.

AVANT-PROPOS

M. le professeur Maurice Pollosson a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Il était d'autant plus hardi de notre part de nous adresser à lui que nous développons un sujet traité jadis dans ses cliniques avec les qualités éminentes que nous avons pu apprécier durant les deux années où nous fûmes son élève. Mais nous avons voulu clore nos études dans cette Faculté par une discussion qui gravât encore davantage en notre esprit l'impression profonde qu'avait produite sur nous son enseignement magistral. Qu'il reçoive ici l'expression de notre admiration et de notre gratitude.

M. le professeur agrégé Gangolphe nous a toujours accueilli avec la cordialité la plus franche. Il nous a montré quel devait être le modèle du clinicien, et ses savantes leçons qu'il n'épargne jamais ne nous laissent qu'un

regret, celui de ne pouvoir nous attacher plus longtemps à ses pas. Nous lui devons le meilleur de nos connaissances chirurgicales ; c'est enfin lui qui a inspiré ce travail. Nous avons contracté à son égard une dernière dette de reconnaissance que notre dévouement absolu ne suffira pas à combler. C'est de lui que nous emportons le meilleur souvenir.

M. le professeur Teissier nous a, durant les six mois où nous avons été son stagiaire, témoigné beaucoup d'intérêt et de bienveillance. Il nous a appris tout le bien que pourrait faire un médecin avec sa science et avec son cœur ; et si nous avons abusé de sa bonté, c'est que nous savions que sa joie la plus grande était de faire le bonheur autour de lui. Nous ne savons comment lui témoigner notre reconnaissance.

Nous avons travaillé pendant deux ans dans le laboratoire de M. le professeur Testut, c'est là que nous avons puisé nos connaissances anatomiques, et si nous n'avons pu nous adonner dans la suite à cette science difficile c'est que la nature nous avait refusé les qualités nécessaires. Nous remercions notre premier maître de la Faculté de Lyon de la sympathie qu'il a bien voulu nous témoigner.

Monsieur le professeur Jaboulay nous a fourni des renseignements précieux et M. le D^r Villard a bien voulu nous aider de ses conseils ; nous leur en sommes infiniment reconnaissant.

M. le Médecin major de première classe Hassler, répé-

titeur à l'Ecole a toujours été pour nous un guide bienveillant et a su par ses conseils éclairés s'assurer tout notre dévouement. Au début si pénible de notre séjour ici et dans les heures de découragement, seul il nous a soutenu par ses paroles pleines d'entrain et d'énergie, et si nous avons été moins malheureux par la suite, c'est à lui que nous le devons, car nous avons compris ce langage amical et sincère que nous entendions cependant ici pour la première fois. Il n'a cessé jusqu'au dernier jour de nous donner des preuves éclatantes de sa haute sympathie. Il sait du reste à quel point nous lui sommes et nous lui resterons attaché.

Nous garderons un bien vif souvenir de l'Ecole de médecine de Besançon où nous avons passé dans un bonheur parfait et dans une liberté de travail absolue les deux premières années de nos études médicales. Nous nous faisons un devoir de remercier sincèrement nos anciens Maîtres et en particulier MM. les professeurs Boisson, Bolot et Morin qui n'ont épargné ni leur temps, ni leurs peines pour nous préparer à subir le concours d'entrée à l'Ecole et assurer notre succès.

Enfin, il nous est doux de reconnaître et d'admirer les efforts qu'ont fait nos camarades pour adoucir et dissiper l'amertume de notre vie. Lorsque retenu pendant de longs mois nous sommes resté loin de notre famille, nous avons découvert chez eux une sympathie qui fut notre seule consolation.

Nous rendons hommage en particulier au dévouement de notre ami le D^r Fernand Rudler qui s'est attaché par son excellent jugement à nous raisonner dans nos ennuis et nous montrer combien on pouvait dans les revers trouver de charme à s'aimer et à se comprendre.

Enfin nos camarades, les D^{rs} de Jolinière et Blan ont mis à notre disposition leur talent de dessinateurs, nous les en remercions vivement.

INTRODUCTION

Une intervention chirurgicale aussi grave que l'entérorraphie circulaire ne pouvait qu'avoir de chauds partisans et de nombreux détracteurs. Dès le début de nos recherches, nous avons trouvé une grande diversité d'opinions et de grandes variétés dans le manuel opératoire. Mais, quoique nous ayons une conscience absolue de notre inexpérience et de notre peu d'autorité en l'espèce, nous n'avons pas voulu reculer, car le but de ce travail n'est point de trancher de longues discussions, ni de formuler les indications multiples de l'entérorraphie circulaire, mais, ne considérant qu'une lésion unique, de montrer, à l'aide des faits mis sous nos yeux par M. le professeur agrégé Gangolphe, quelle est la valeur de sa thérapeutique et quels résultats constants il a obtenus en

plusieurs occasions. — Aujourd'hui encore, depuis la vulgarisation de la méthode de Murphy, nous nous trouvons à une période de transition sans pouvoir rien dire d'absolu, ni prévoir quel est des deux procédés celui qui sortira vainqueur. Nous essaierons d'exposer avec toute la clarté désirable ce qu'on peut accorder de confiance à ces deux adversaires, nous promettant d'avoir sans cesse comme objectif la thérapeutique de l'anús contre nature et d'écarter d'emblée toutes les indications que peuvent présenter les autres affections chirurgicales du tube digestif.

Si notre travail n'a pas l'envergure et la précision qu'exigerait une question si intéressante, nos maîtres voudront bien toutefois tenir compte de l'effort accompli et attribuer ce qu'il a d'imparfait, moins à notre manque de bonne volonté qu'à la rapidité et la réglementation excessive d'études qui demandent avant tout la liberté de l'esprit et du corps pour devenir profitables.

Pour atteindre notre but, nous avons cru devoir nous imposer l'ordre suivant dans le développement de nos idées

Plan. — Nous nous contenterons, dans un premier chapitre, d'établir les indications des différentes opérations dans la guérison de l'anús contre nature, après avoir rejeté les procédés antérieurs en nous appuyant sur l'opinion des principaux auteurs.

Dans une deuxième partie, nous exposerons notre

manuel opératoire en faisant ressortir les points particuliers qui font à nos yeux sa supériorité incontestable.

Le troisième chapitre comprendra les observations que nous avons réunies grâce à l'obligeance de M. le professeur Gangolphe ainsi que la discussion de chacune d'elles.

Enfin, dans une quatrième partie, exposant rapidement la méthode de Murphy et ses récentes améliorations, nous essaierons de mettre en parallèle ce procédé avec l'entérorraphie circulaire, et de montrer en quel cas il doit lui être préféré. De ce dernier point nous tirerons la dernière de nos conclusions : l'utilité du bouton anastomotique en chirurgie d'armée.

CONTRIBUTION A LA THÉRAPEUTIQUE
DE
L'ANUS CONTRE NATURE

Entérorraphie avec incision péritonéale d'emblée
et Méthode de Murphy

CHAPITRE PREMIER

L'anus contre nature est un moyen de guérison qui, lorsqu'il s'effectue, n'est qu'une mort à la vie sociale. Il est démontré en effet par de nombreux exemples que les malheureux infirmes, spectateurs désespérés de leur défécation continue par le ventre, ne peuvent gagner leur vie par un travail quelconque et sont exposés à de graves complications, bien souvent à la mort par inanition. Tel est l'état lamentable où se trouve l'homme encore jeune et vigoureux, ainsi que l'incapacité où il est de subvenir à ses besoins. C'est poussé par les dangers et les inconvénients de cette infirmité qu'il vient bien souvent réclamer du chirurgien une guérison destinée à lui rendre sa place au milieu de ses semblables. Aussi a-t-on beaucoup fait pour améliorer son sort, et si l'on n'a pas encore pu atteindre la perfection et supprimer toute chance d'issue fatale, on a pu tout au moins adoucir considérablement le pronostic de l'intervention.

I. Exposé des différents procédés opératoires.

L'*entérotomie de Dupuytren* fut la première méthode qui eut une réelle valeur ; elle seule a subsisté, et malgré cela, si nous consultons à son sujet les travaux précédemment publiés, nous constatons que plus on avance dans la période de l'antisepsie, plus on tend à abandonner ce procédé et suivre un manuel opératoire plus rapide quoique plus compliqué. Les statistiques fournies jadis, sans avoir une mortalité aussi élevée que celle des autres procédés n'étaient pas meilleures au point de vue de la guérison définitive, et si l'entérorraphie circulaire à un certain moment avait pour son propre compte 34 pour 100 de morts, mais peu d'insuccès, l'entérotomie avait à peu près 50 pour 100 d'insuccès et 10 pour 100 de morts. On ne tenait pas compte de tous les malades qui, lassés de souffrir alités dans une salle d'hôpital, sortaient porteurs de fistules, prédisposés à des complications sans fin. Et de ceux-ci le nombre était grand.

Il est impossible d'établir une statistique véritable des cas de guérisons par l'entérotomie ; mais comme le pense Jeannin (thèse de Lyon, 1894) la mortalité serait beaucoup plus élevée qu'on ne le croit généralement. La pratique de l'entérotomie nous semble délaissée par la plupart des chirurgiens ; partout nous lui avons trouvé des adversaires et peu de partisans. Nous avons cru voir que la longueur du traitement et son indécision étaient causes de cet oubli volontaire. Si l'on considère en effet l'état du malade porteur d'un anus contre nature depuis de longs

mois, on voit sa nutrition générale souffrir de déperditions lentes mais continues de matières non digérées, bien heureux lorsque le siège élevé de l'anus artificiel ne l'entraîne pas rapidement à l'inanition et à la mort. Toute cause intercurrente peut alors agir avec son maximum d'effet sur cet être débilité. Lorsqu'après un long traitement on ne réussissait pas à supprimer l'issue des matières fécales, on se décidait en désespoir de cause à recourir à d'autres procédés. On a donc bientôt vu que dans plus de la moitié des cas, 64,49 pour 100 d'après Goëtz, l'entérotomie n'était qu'une opération de passage donnant lieu à des guérisons, cela est certain, mais à autant d'insuccès qui obligeaient à une seconde intervention d'autant plus dangereuse qu'elle se faisait alors sur un terrain défectueux et faisait encourir au malade de nouvelles chances de mort. On comprend alors combien les statistiques d'entérotomie secondaire et d'entérorraphie souffraient de semblables retards, et combien les résultats étaient influencés. Aussi voyons-nous, comme nous le dirons plus loin, les statistiques devenir extrêmement favorables au fur et à mesure qu'on opère d'emblée et radicalement. De plus ces opérations pratiquées à l'aveugle semblent déplaire à la chirurgie moderne qui, mieux armée et plus conservatrice que celle d'autrefois, préfère aller droit au but, constater ouvertement les lésions et les réparer aussitôt. Nous verrons à la fin de ce travail que de nouvelles méthodes sont encore venues au secours de ceux qu'une longue pratique n'a pas rompus à toutes les difficultés. Ainsi donc l'entérotomie est un procédé incomplet, long, ne répondant pas à toutes les indications. Ce sont les seules raisons, à notre avis, qui ont fait et doivent faire abandonner ce procédé.

Il a donné quelques bons résultats autrefois, mais il y a mieux aujourd'hui.

Les *résultats autoplastiques et anaplastiques* au point de vue de la guérison et du traitement sont très difficiles à apprécier, car, comme dans les statistiques d'entérotomie, on a considéré comme guéris des malades porteurs encore d'une fistule. Si nous trouvons quelques observations de ces derniers cas, nous voyons que ce n'est que six mois après que s'est faite l'oblitération complète. Nous les rangerons donc aux côtés de l'opération de Dupuytren.

Quant aux autres procédés employés depuis ils sont nombreux. Chaque opérateur a voulu donner le sien. Les uns ne s'en prennent qu'à l'orifice cutané du trajet (Duffenbach, Nélaton, Velpeau); d'autres, plus hardis poussent leurs investigations jusqu'à l'orifice intestinal. Nous voyons les chirurgiens alors se diviser en deux groupes. Les premiers (Malgaigne, Denonvilliers, Chaput) ferment cet orifice sans ouvrir le péritoine; les seconds pénètrent dans la cavité abdominale et pratiquent l'*entérorraphie latérale*.

Ce dernier procédé, d'après Jeannin, qui a étudié très complètement la question, aurait donné de meilleurs résultats. Elle tend à se rapprocher de l'entérorraphie en faisant des sutures sur une séreuse saine apte à donner facilement de promptes adhérences. On a pu en relever vingt-quatre cas de guérison sans aucune complication. Mais parfois elle rétrécit considérablement le calibre de l'intestin. En somme, elle possède tous les inconvénients d'une résection intestinale circulaire, n'en a pas tous les avantages et ne répond pas à toutes les indications. Malgré

ces considérations nous sommes loin de l'éloigner complètement et l'on verra dans le cours de ce travail (obs. II) que nous l'adoptons dans les cas où la perte de substance de l'intestin est assez minime pour ne pas entraîner après suture simple une réduction du calibre capable de porter préjudice au cours libre des matières.

Dans un cas où la perte de substance portait sur le cæcum, M. le professeur Jaboulay employa au mois de mai 1892, un nouveau procédé auquel il donna le nom d'*operculisatio*n et qui n'a pas encore été décrit. Il s'agissait d'une jeune malade de dix-sept ans qui avait présenté cinq récidives d'appendicite calculeuse chronique ayant déterminé une ulcération du cæcum d'où fistule stercorale. La brèche étant trop grande pour être suturée comme à l'ordinaire, M. Jaboulay eut l'idée de faire basculer la partie inférieure du cæcum autour d'un axe passant par le diamètre transversal de l'orifice. La séreuse vint donc s'accoler à la séreuse supérieure. L'axe de l'intestin se trouva recourbé en crochet à cet endroit. Des points de suture séro-séreux furent placés tout autour, parallèlement à l'axe. La guérison fut obtenue complète au bout de quelques jours. Depuis, la malade a été revue en 1893, elle est mariée et se porte fort bien. C'est donc un procédé simple, facile à exécuter, et qui, la seule fois qu'il ait été employé, a donné un succès. On ne peut pas en dire plus aujourd'hui à son sujet, mais nous pensons qu'il y aurait avantage à s'en servir dans des circonstances semblables, et nous remercions M. Jaboulay d'avoir bien voulu nous en donner la primeur.

Viennent ensuite les procédés imaginés par Chaput pour remplacer l'entérorraphie circulaire qu'il trouve trop

meurtrière ou incomplète. Ce sont l'*entérorraphie par abrasion et application*, l'*entérorraphie longitudinale*, et, en dernier lieu, l'*entéro-anastomose*. Il nous semble inutile de décrire à nouveau ici tous ces procédés si bien mis en lumière par l'auteur. Cependant l'entérorraphie circulaire avec fente longitudinale nous satisfait pleinement dans les cas où la différence de calibre des deux bouts est assez grande pour rendre difficile l'entérorraphie circulaire simple, ou nécessite l'ablation d'un trop grand segment intestinal. Aujourd'hui, nous croyons qu'on peut lui préférer la méthode de Murphy qui est plus rapide, ne diminue pas le diamètre intérieur et donne les mêmes résultats.

Quant à l'*entéro-anastomose* on lui accorde généralement quatre indications :

1° L'impossibilité d'aboucher les cylindres intestinaux par suite du rétrécissement du bout anal portant sur une grande longueur de l'intestin qu'on ne peut réséquer;

2° L'obligation d'intervenir d'urgence sur un anus dont les symptômes inflammatoires sont mal éteints;

3° L'impossibilité de mobiliser et de réunir les deux cylindres par suite du peu de longueur du mésentère (anus ombilical portant sur le côlon transverse);

4° L'impossibilité de libérer l'anse intestinale perforée, une ancienne péritonite locale ayant développé des adhérences solides qui ont agglutiné tous les organes voisins. Nous verrons dans le cours de ce travail que deux de ces indications doivent lui être enlevées et que, si la quatrième revient de droit à l'entérorraphie avec incision péritonéale d'emblée, la seconde est justiciable de l'emploi du bouton de Murphy.

Nous paraissions ainsi éliminer peut-être un peu rapidement aux yeux de quelques-uns les procédés antérieurs à l'entérorraphie ; mais nous sommes d'accord pour cela avec la plupart des auteurs. Cependant notre but n'est point de rejeter de parti pris toute autre méthode que l'entérorraphie circulaire classique. Notre avis est que le chirurgien doit savoir se servir du procédé le plus approprié à la lésion découverte et modifier sa règle de conduite suivant les circonstances. Aussi nous verra-t-on dans le cours de ce travail nous servir tantôt de l'un, tantôt de l'autre sans pour cela retirer la préférence à l'entérorraphie circulaire. En 1883 Bouilly et Assaky disaient déjà que l'entérectomie et l'entérorraphie circulaire étaient nées des imperfections et des incertitudes des méthodes antérieures de traitement. Ils ne regardaient pas les suites de ces dernières comme assez innocentes et assez sûres pour les imposer comme règles définitives de conduite. Enfin M. le professeur Pollosson dans sa thèse d'agrégation la même année, nous donne en quelques mots tous les avantages de la nouvelle opération : « L'entérorraphie circulaire répond à toutes les indications des anus contre nature. Il y a des réunions anormales, elle libère l'intestin ; des pertes de substance, elle les répare par le rapprochement de l'intestin de la peau ; des excès de substance, elle les supprime par l'entérectomie ; des séparations anormales, elle les réunit par suture ; des changements de rapports, elle les restitue en rétablissant l'axe intestinal ou réduisant dans la cavité abdominale les parties déplacées vers les orifices herniaires. »

On ne peut expliquer plus clairement et avec plus de concision tous les avantages d'une méthode. On compren-

dra que, nous appuyant sur l'autorité de M. le professeur Pollosson et de beaucoup d'autres grands chirurgiens, nous regardions cette opération comme supérieure à toutes les autres dans la majorité des cas. Les statistiques actuelles nous laissent espérer mieux que les anciennes. Jeannin disait il y a un an qu'elles étaient à refaire. Nous sommes pleinement de son avis sur ce point et ce n'est pas sur des moyennes tirées d'unités disparates en ce qui concerne l'opérateur, l'opéré et le procédé employé qu'on doit juger une méthode, mais bien sur des statistiques provenant d'un même chirurgien mettant constamment en pratique le même manuel opératoire.

Nous avons recherché dans les publications récentes et nous n'avons pu réunir que de très rares cas isolés ne nous permettant pas d'établir une statistique, puisque toute monographie doit avoir la sienne. Néanmoins, si l'on veut considérer 14 guérisons de Billroth sur autant d'interventions, 3 cas de Doyen de Reims fournissant une mort indépendante de l'opération, 7 cas de Jeannin dont une mort, s'il nous est permis d'y ajouter enfin les trois observations que nous publions plus loin, on peut voir que sur 26 entérorraphies circulaires et une entérorraphie latérale il y eut 25 guérisons et 2 morts (une de ces dernières étant due à l'administration d'un lavement corrosif) : soit une mortalité de 7,43 pour 100. Sans aller aussi loin que Goetz en prétendant que, si de tous les cas de morts on retranche ceux qu'une application stricte des règles de l'antisepsie et du manuel opératoire aurait pu éviter, on tombe à une mortalité de 7 pour 100 ; nous sommes d'accord avec lui à peu de chose près.

Nous ne nous appuierons pas tant sur ces chiffres, faux

par principe à notre avis que sur les raisons développées plus haut pour admettre la supériorité sur les autres procédés de l'entérectomie suivis de l'entérorraphie circulaire classique. Ce point étant établi, il nous reste à dresser les indications des divers procédés que nous jugeons bons et à préciser le moment le plus favorable pour les pratiquer.

II. Indications des divers procédés.

La première de toutes les indications de l'intervention est tirée de l'arrêt des fonctions normales de l'organe atteint. Il est clair que si la perte de substance siège sur la première partie du tube digestif, le jéjunum par exemple, assez haut pour que les aliments n'aient pas le temps d'être digérés et que leur sortie à l'extérieur amène une perte notable pour la nutrition, on est autorisé à rétablir de suite le cours normal des matières sans exposer plus longtemps le malade à une inanition progressive et à un affaiblissement certain. L'entérorraphie est seule capable d'agir avec la rapidité suffisante, puisque dans la plupart des observations on voit les fonctions se rétablir dès les premiers jours, souvent même dès le lendemain de l'intervention.

Les autres indications résultent des modifications pathologiques des organes et peuvent être tirées de l'état : 1° de la paroi abdominale ; 2° du conduit donnant issue aux matières ; 3° de l'intestin lui-même suivant que l'on considère (*a*) sa position ou (*b*) la structure de ses extrémités.

§ 1. *Indications tirées de l'orifice externe.* — Souvent la paroi abdominale présente à sa surface plusieurs orifices fistuleux se réunissant les uns les autres dans l'intérieur. L'anus contre nature ne revêt pas alors la forme en cratère qu'il a généralement, mais son ouverture extérieure est en pomme d'arrosoir pour ainsi dire et les matières se font jour à l'extérieur par des clapiers multiples. Dans ce cas, il serait difficile d'employer une autre méthode. Nous verrons que notre manuel opératoire est très avantageux dans ce cas.

Lorsque l'anus artificiel est de date récente, la perte de substance quelle que soit sa forme est entourée de tissu de nouvelle formation, mais qui n'a pas encore subi la transformation scléreuse. Plus tard au contraire, dans de vieilles lésions, on trouve des tissus durs, cicatriciels qui n'ont aucune tendance au bourgeonnement et à la réunion et cela sur une épaisseur d'autant plus grande que l'affection date de plus longtemps, toutes les tentatives faites pour réveiller leur vitalité échouent généralement et l'on doit recourir à l'opération intra-péritonéale.

Enfin, à la surface on voit souvent une masse bourgeonnante, mamelonnée, épaisse, rougeâtre et veloutée, faire hernie à l'extérieur sous forme d'un bouchon atteignant quelquefois un volume extraordinaire (obs. II) et présentant en son centre un ou deux orifices fistuleux d'où s'échappent les matières fécales. C'est la muqueuse intestinale évaginée au dehors et fixée au pourtour de l'anus par des adhérences et un collier cicatriciel qui la rendent irréductible. Cette tumeur peut être unique ou double. Dans les deux cas il est généralement impossible de la faire disparaître et seule l'incision péritonéale d'emblée

peut intervenir d'une façon efficace, soit qu'on la fasse suivre d'entérorraphie latérale ou d'entérorraphie circulaire.

§ 2. *Indications fournies par le canal intrapariétal.*

— Le canal intra-pariétal peut revêtir des aspects divers. Généralement il est évasé en forme de cratère et dans ce cas facilite beaucoup les différentes interventions ; mais on peut s'imaginer toutes les dispositions qu'il peut prendre étant donnée son origine. Primitivement simple fistule, il peut subir des altérations de forme sans nombre. Tantôt multitubulé, envoyant des prolongements de côté et d'autre, ou se dilatant en poche (obs. III, première partie), il ne suit pas une ligne perpendiculaire à la paroi et correspond à des perforations multiples de l'intestin ou même à une seule perte de substance qui n'est pas en regard de l'orifice externe. Tantôt large au début des accidents et pouvant admettre facilement l'index, il a pris, tandis que la lésion vieillissait, le diamètre d'une plume d'oie, jusqu'au jour où le processus de réparation s'arrêtant, il est resté dans cet état.

Enfin, on peut trouver toutes les formes possibles de conduits suivant que le caprice de la cicatrisation ou de l'ulcération aura porté sur un point ou sur un autre. Des abcès peuvent se former dans la paroi sous l'influence de l'infection continuelle, et à côté de cette large fistule peut s'en ouvrir une autre qui compliquera encore la première. Dans de telles circonstances nous ne pouvons croire qu'aucune intervention soit préférable à l'ablation large de ces tissus comme nous le verrons plus loin.

§ 3. *Indications tirées de l'état de l'intestin.* — Les

indications tirées de la position et de la structure même des anses intestinales sont de beaucoup les plus importantes et les plus intéressantes. Nous allons voir combien le nombre en est grand et comment il est impossible de diagnostiquer d'après les signes fournis par l'exploration les rapports si variés que les anses intestinales ont pu contracter et modifier sous l'influence de l'inflammation péritonéale localisée dans le voisinage.

a) Altérations de position. — Si nous considérons la position des deux extrémités intestinales dans l'anus contre nature, tel qu'on le décrit dans les ouvrages de technique chirurgicale, nous les voyons faire entre elles un angle variant de l'angle obtus le plus grand, à l'angle aigu le plus petit. L'éperon augmente et diminue en proportion. Nous pouvons donc avoir toutes les dispositions intermédiaires. Les deux extrémités peuvent être dans le prolongement l'une de l'autre plus ou moins éloignées, mais l'axe étant conservé et l'éperon absent.

Par contre, les deux anses s'accolant l'une à l'autre peuvent former un double canon de fusil. Elles s'entrecroisent parfois formant un X, ou se contournent en spirale réunies entre elles par des adhérences multiples. Toutes ces variétés peuvent se montrer et dans ce cas sont au plus haut point une indication de l'incision péritonéale d'emblée, car elle seule permet de se débrouiller au milieu d'adhérences si nombreuses. La conséquence de ces anomalies est le changement constant de la forme de l'éperon, qui peut quelquefois donner des indications précieuses sur la position des anses intestinales, et, par son absence ou son trop grand développement imposer une intervention qu'on aurait différée peut-être. Les chi-

rurgiens ont toujours admis l'entérorraphie dans les cas où les bouts intestinaux au lieu d'être soudés par leur côté mésentérique, sont éloignés l'un de l'autre avec un paquet intestinal qui les sépare ou accolés par leur côté libre. Il en est de même, lorsque les adhérences fixant le bout inférieur viennent à céder, et que ce dernier flotte libre dans la cavité abdominale. Enfin, les parois intestinales peuvent sortir à l'extérieur, ne pas pouvoir être réduites et s'étrangler ; mais nous avons parlé plus haut de ce cas.

b) Altérations de structure. — La structure des parois intestinales peut encore nous fournir l'occasion de pratiquer l'entérorraphie circulaire ou latérale ou surtout la méthode de Murphy. Il arrive fréquemment que, dans l'anus contre nature établi depuis longtemps, il se produit des modifications importantes du côté des extrémités intestinales. Le bout inférieur ne fonctionnant plus, subit la loi commune aux organes frappés d'inaction. Il s'atrophie, se rétracte, son calibre inférieur se rétrécit, le conduit s'effile en quelque sorte. L'extrémité supérieure, au contraire, si l'anus artificiel est de petite dimension, se dilate en forme d'ampoule par l'accumulation de matières fécales et acquiert un diamètre supérieur à la normale. Il résulte de ces transformations une inégalité réelle, rarement assez considérable cependant pour empêcher l'abouchement des deux conduits. Pour parer à cet inconvénient, Billroth fait un pli destiné à rétrécir le bout supérieur trop large ; Madelung pratique une résection triangulaire dans le même but ou bien sectionne le bout inférieur suivant un plan oblique à l'axe intestinal et lui donne ainsi une circonférence plus grande. Châput, tout

à fait opposé à ces procédés prétend que le seul fait d'établir deux étages de sutures sur un intestin déjà rétréci expose à la mort par rétrécissement et occlusion consécutive. Nous l'admettons aisément, quoique nous n'ayons pu retrouver une seule observation d'accidents de cette sorte. Généralement dans ce cas, on emploie, comme le fait Madelung, la section oblique, qui presque toujours donne suffisamment de largeur. Nous croyons que c'est là une indication de l'entérorraphie avec fente longitudinale de Chaput, procédé excellent d'après M. Gangolphe, ou bien encore de la méthode de Murphy, comme nous l'exposerons dans notre quatrième chapitre.

L'orifice intestinal ne présente, dans la majorité des cas, qu'une seule perte de substance. Tantôt elle est assez petite pour ne nécessiter que l'emploi de l'entérorraphie latérale, tantôt elle est assez vaste (obs. III) pour faire disparaître la totalité de la circonférence. Dans ce cas, on est bien contraint malgré tout de réséquer cette portion de l'anse. On se trouve alors presque toujours en face d'adhérences ayant profondément modifié la surface de la séreuse et l'ayant rendue impropre à contracter des rapports solides avec la séreuse qu'on lui oppose. Ce sont là des cas qui militent fort en faveur de l'entérectomie suivie des modes variés de suture.

Enfin la perte de substance, au lieu d'être unique, peut revêtir la forme d'un crible et offrir au chirurgien plusieurs orifices possédant, les uns par rapport aux autres des rapports variables à l'infini. Ici, point d'hésitation, c'est une indication formelle à l'entérectomie, et nous ne croyons pas qu'on puisse jamais en discuter l'opportunité.

Tel est l'exposé, aussi clair que nous avons pu le faire, des différentes lésions qui pouvaient s'offrir aux chirurgiens et des interventions variées qu'elles entraînaient à leur suite. On ne pourra pas nous reprocher de n'être pas éclectique et de célébrer, comme plusieurs l'ont fait, les louanges de l'entérorraphie circulaire, en refusant toute utilité aux autres procédés. Nous l'avons déjà dit, l'opération est subordonnée à la lésion ; il n'y a pour nous qu'une manœuvre nettement indiquée, nécessaire dans tous les cas : l'incision péritonéale d'emblée, prélude obligatoire de toute opération ayant pour but la guérison de l'anus contre nature. Il était une objection que l'on pouvait faire aux partisans à outrance de l'entérorraphie. Bouilly dans son mémoire (1883) s'était plaint que les cliniciens n'aient pas donné de signes qui permissent de reconnaître les variétés de disposition quand l'affection était ancienne et que les débuts avaient échappé à l'observateur. Comment pouvez-vous, leur dira-t-on, diagnostiquer d'emblée quel est l'état de l'intestin, quels sont ses rapports, quelles sont ses altérations. C'est précisément pour parer à cet inconvénient que M. Gangolphe a été amené à pratiquer l'entérorraphie avec incision péritonéale d'emblée, que nous décrirons dans le prochain chapitre et dont nous ferons ressortir les avantages.

III. Epoque de choix

Les indications de l'opération étant exposées, voyons à quel moment on doit la pratiquer.

Si les auteurs sont en désaccord pour ce qui est du

principe même de la méthode, ils sont unanimes pour déterminer l'époque opératoire de choix. Bouilly distingue trois périodes dans l'évolution de l'anus contre nature :

1^o Période de détersion de l'abcès fœcal ;

2^o Stade d'adhérence à la paroi, formation de fistules canaliculées ou d'un orifice formé par les bouts intestinaux eux mêmes ;

3^o Stade de rétraction cicatricielle avec rétrécissement de l'orifice extérieur allant jusqu'à la fermeture complète.

Ce dernier stade se produit environ vers le quatrième mois. Si l'on dépasse cette époque, il se produit une série de modifications qui peuvent mettre le chirurgien dans des conditions très défavorables.

Jeannin est d'avis d'opérer dès que le foyer gangreneux s'est détergé. Pour nous, on doit le faire le plus tôt possible, dès que les accidents inflammatoires auront disparu, car à ce moment les adhérences encore lâches se laissant facilement déchirer permettent la libération facile des anses intestinales. Toutefois, ce n'est pas sans avoir pris au préalable certaines précautions ; il est bon de laisser reprendre des forces au malade. Aucune tentative ne devra être faite avant que le bout inférieur n'ait été sollicité, soit par des injections introduites par l'orifice anormal, soit par des lavements glycélinés. On a vu se produire sous l'influence de cette méthode de réelles guérisons. Il se produit une véritable débâcle de matières fécales, et le cours des matières se rétablissant, la plaie se cicatrise et se ferme. Nous avons vu pour notre part une malade du service de M. Gangolphe présenter toute cette

série de phénomènes. Nous croyons bien faire en donnant ici rapidement son observation :

OBSERVATION. — C... Julie, quarante-quatre ans, salle Saint-Paul, n° 60. La malade entre à l'hôpital pour phénomènes d'étranglement intestinal, le 12 septembre 1895. Elle a vu apparaître il y a quatre ans une hernie inguinale droite. Cette dernière grossit considérablement à la suite de fatigues et acquit le volume d'un poing. Elle se réduisait seule à cette époque, dans la position horizontale ou par la pression dans la station verticale. La malade ressentait souvent de violentes coliques et avait une constipation opiniâtre. Le 10 septembre, à la suite d'un effort violent, la hernie augmente et devient irréductible. Les douleurs abdominales se déclarent et vont en augmentant jusqu'au moment de son entrée, où le chirurgien qui remplaçait M. Gangolphe créa un anus contre nature, l'intestin se trouvant sphacélé en plusieurs points.

Le 13. — Température à 39 degrés qui s'abaisse à 37°5 dans les huit jours qui suivent. La malade est soutenue par une nourriture appropriée. A ce moment, l'anús artificiel donne passage à l'index et les matières en sortent complètement digérées.

5 novembre. — M. Gangolphe ordonne à la malade de prendre tous les jours un lavement glycérimé, car la constipation est toujours opiniâtre. Il compte sur ce traitement pour améliorer la situation locale.

1^{er} décembre. — L'ouverture s'est considérablement rétrécie et donnerait à peine passage à un crayon. L'évacuation des matières se fait surtout par l'anús normal. La guérison est prompte et le peu de fèces sortant par la fistule permet d'espérer une guérison complète, étant donné la rapidité de réparation.

Lorsque la guérison spontanée ne paraît pas vouloir se faire, malgré les modifications imprimées à la plaie bourgeonnante, c'est-à-dire pour nous en général du premier au deuxième mois, après l'établissement de la lésion

et la prescription du traitement précédent, on est pleinement autorisé à intervenir.

Nous espérons avoir montré suffisamment dans ce chapitre quelle est la conduite qui semble devoir être adoptée en règle générale. En somme, suivant les indications, nous nous trouvons en face de trois procédés : entérorraphie latérale, entérorraphie circulaire simple ou avec fente longitudinale, et méthode de Murphy. Voyons maintenant les modifications apportées au manuel opératoire classique par M. Gangolphe pour ce qui concerne l'entérorraphie.

CHAPITRE II

MANUEL OPÉRATOIRE

Soins préliminaires. — L'opération étant décidée, voyons comment on doit la pratiquer. Certains auteurs passent sous silence les soins préliminaires à donner au malade et ne semblent pas y attribuer une grande importance. D'autres, au contraire, agissent suivant une méthode systématique et bien déterminée. Nous sommes d'avis qu'il est très utile de préparer le malade à subir l'intervention et de mettre les organes sur lesquels elle doit porter dans les conditions les plus favorables pour le chirurgien.

L'indication première est de relever autant que possible les forces du malade par tous les moyens thérapeutiques qui sont à la disposition du médecin. Mais c'est longtemps avant l'opération qu'a dû être institué ce régime.

Dans les huit derniers jours, d'après Jeannin, on doit donner quelques cachets de charbon de Belloc ou de

naphtol et alimenter avec des substances ne laissant qu'un minimum de déchets. De grands bains seront ordonnés au malade à plusieurs reprises. L'avant-veille du jour fixé, on pourra administrer un purgatif salin que l'on répètera le lendemain. Tout cela n'a pour but que de débarrasser la partie supérieure du tube digestif. Le bout inférieur sera soumis à des lavements fréquents ou à des injections par l'orifice anormal. Durant ces deux derniers jours la diète sera imposée au malade ; il ne lui sera accordé que des boissons, du thé, de l'eau. Le matin même de l'opération il recevra un dernier lavement. Voilà pour ce qui concerne le tube digestif.

L'orifice cutané de l'anus ou de la fistule stercorale subira des modifications également. On aura soin de supprimer tout d'abord la totalité des substances septiques qui seront déposées au centre ou au pourtour. Dès la dernière semaine on garnira la surface de compresses antiseptiques après s'être efforcé de modifier, s'il est possible, la nature ou la disposition des tissus, surtout s'il se trouve des clapiers multiples. La surface cutanée environnante sera recouverte de vaseline boriquée, de façon à empêcher l'action irritante des matières stercorales. Cette dernière mesure est, du reste, nécessaire bien avant l'intervention, nous dirons même dès l'établissement de la lésion. Si l'on est en présence d'un tissu fongueux, donnant naissance à du pus, ou d'excoriations plus ou moins infectées, le raclage complet de la région est de règle ainsi que les applications antiseptiques continuellement renouvelées.

Le matin de l'opération, nouvelle désinfection et dernière évacuation par lavement des matières contenues dans l'intestin. Le malade est amené sur la table d'opération.

La région est rasée, abondamment savonnée et brossée, lavée à l'éther, à l'alcool, au sublimé. Les deux extrémités du tube intestinal sont bourrées de gaze iodoformée. Un second tampon de gaze obture hermétiquement l'orifice artificiel et des compresses stérilisées sont disposées tout autour.

L'anesthésie, vu la longueur de l'intervention, se fait suivant les préférences des chirurgiens lyonnais, à l'éther, précédée d'une injection d'1 centimètre cube d'atropomorphine.

Telles sont les précautions prises, en général, par M. le professeur Gangolphe d'accord en cela avec la plupart des chirurgiens. Elles s'imposent, du reste, toutes par leur grande importance.

Opération. — Nous diviserons la pratique de l'entérorraphie circulaire en quatre temps.

Premier temps. — Incision de la paroi abdominale (peau et tissu cellulaire).

Deuxième temps. — Incision péritonéale et exploration digitale.

Troisième temps. — Sortie au dehors de l'intestin lésé. Entérorraphie latérale, circulaire, méthode de Murphy.

Quatrième temps. — Réduction. Suture de la paroi abdominale.

Premier temps. — L'incision doit avoir une forme ovale ou losangique pour se prêter à une bonne adaptation des deux lèvres de la plaie. Elle circonscrit l'anus contre nature en se tenant à 7 ou 8 millimètres et quelquefois plus du bord ; mais toujours en tissu absolument sain.

Elle comprend la peau, le tissu cellulaire jusqu'à l'aponévrose inclusivement.

Deuxième temps. — On continue l'incision en sectionnant le reste de la paroi abdominale jusqu'à la séreuse. Alors sur un point de l'incision on crée, en perforant le péritoine, une boutonnière de dimensions suffisantes pour laisser passer un doigt. Le chirurgien introduisant son index contourne à droite et à gauche le pédicule formé par l'intestin adhérent à la paroi, il se rend compte rapidement de l'étendue des lésions et rompt les adhérences les plus lâches. Puis sur ce doigt explorateur et directeur dont la pulpe suit la séreuse pariétale juste au-dessous de l'incision on fait glisser la pointe de ciseaux courbes mousses. On contourne la lésion de la même façon et l'on coupe les tissus jusqu'à ce qu'on ait libéré toute la partie de la paroi abdominale adhérente à l'intestin, c'est-à-dire l'anus artificiel plus un rebord cutané plus ou moins considérable.

Troisième temps. — Le paquet intestinal formé des anses agglutinées ou solidement fixées entre elles par des adhérences est sorti à l'extérieur. Pour le recevoir on dispose de nouvelles compresses stérilisées et on bouche l'ouverture du péritoine par une masse de compresses serrées qui empêchent l'issue de l'intestin au dehors ainsi que l'entrée des matières fécales qui pourraient s'écouler malgré les précautions prises. Elles permettent de ne laisser étaler à l'air que les anses directement intéressées. Si la plaie est jugée trop grande, on pose une ou deux pinces hémostatiques. Ayant ainsi sous les yeux la lésion sous toutes ses faces, il sera facile de faire promptement le diagnostic et de reconnaître les différentes modifications

qui ont pu être apportées aux rapports normaux. On se rendra compte de la partie du tube digestif intéressée, de l'étendue des dégâts et de la solidité des adhérences, on verra clairement la conduite à tenir. Mais c'est à ce moment que le chirurgien doit dépouiller tout parti pris et se laisser guider par les lésions qu'il rencontre.

Trois cas en effet peuvent se présenter; nous allons les analyser séparément et exposer la conduite habituelle de M. le professeur Gangolphe dans chaque occasion.

Premier cas. — Souvent, comme nous l'avons vu dans les indications tirées de l'orifice cutané, on aperçoit la muqueuse intestinale qui fait hernie au dehors et forme une masse parfois énorme et de la grosseur du poing. Ce bourgeon présente en son centre un orifice donnant issue aux matières fécales. Il faut alors essayer de le réduire à l'intérieur. Si l'on n'y peut arriver, on sectionnera la collerette cutanée formée de tissus cicatriciels indurés qui bride la masse herniée et empêche la réduction. Cette dernière se fera dès lors facilement et le chirurgien se trouvera en présence d'une plaie latérale de l'intestin; si la perte de substance est grande, pratiquer l'entérorraphie circulaire; si elle ne doit pas entraîner un trop fort rétrécissement du calibre, faire l'entérorraphie latérale à trois plans de suture à la soie, en se servant de l'aiguille de Reverdin. C'est du reste le mode de suture préféré de M. Gangolphe comme nous le verrons plus loin. Opérer la réduction de l'anse à l'intérieur de la cavité abdominale et suturer la paroi comme nous l'indiquerons au quatrième temps.

Deuxième cas. — Ici l'intestin coudé forme un éperon et la perte de substance est assez grande pour réclamer

l'entérorraphie circulaire. De légères adhérences réunissent les anses avec la paroi et les anses voisines. Isoler en rompant les tissus de nouvelle formation avec les doigts par des tractions modérées, qui ne doivent être poussées au delà de certaines limites, car l'intestin sous-jacent est souvent endommagé et peut se déchirer. On pratiquera l'entérorraphie circulaire classique suivant la méthode de Chaput. Si les deux bouts présentent une différence de calibre notable, si l'on ne trouve pas d'adhérences intestinales sérieuses soit à la paroi, soit même à la face postérieure concave de l'anse herniée on aura recours à l'entérorraphie circulaire avec incision longitudinale ou au bouton de Murphy, suivant le manuel que nous décrirons à la quatrième partie de notre travail. Nous donnerons même ici la préférence à ce dernier procédé.

Troisième cas. — Le troisième cas est complexe. On est en présence d'adhérences nombreuses, résistantes et suffisamment serrées pour ne pouvoir être rompues facilement. Elles réunissent l'intestin à la paroi ou les anses entre elles d'une façon intime, même à la face postérieure de l'anse perforée. Rompre alors tout ce qu'on peut avec les doigts, puis disséquer sans crainte de perforation, puisqu'on voit au grand jour la portée du travail accompli. Les deux segments étant ainsi isolés, opérer comme il va être dit :

1° L'anse sur laquelle porte la perte de substance est réséquée à la limite du tissu sain et ses deux extrémités sont isolées au moyen de colliers formés de bandelettes de gaze iodoformée que l'on tord sur elles-mêmes de façon à obturer les orifices par une pression uniforme et douce.

On fixe par deux pinces à forcipressure confiées à un aide qui les tient un peu écartées du champ opératoire.

2° On pratique à l'aide de ciseaux la résection des lambeaux restés adhérents aux autres anses ; puis on nettoie la surface sclérosée à la curette en prenant toutes les précautions nécessaires pour ne pas blesser les tissus sains sous-jacents. Si cette portion de l'anse a été soumise à une longue infection par suite du voisinage des matières durant toute la durée de l'affection, il est bon de pratiquer une désinfection locale énergique soit à l'aide d'une solution forte d'acide phénique à 5 pour 100, soit encore, mais ceci très prudemment, avec la portion plane du couteau du thermocautère chauffé au rouge sombre. Nous le répétons, cette dernière manœuvre, quelquefois nécessaire, mais tout particulièrement délicate consiste en un simple effleurement et ne doit être réservée qu'aux cas où les tissus sont d'une dureté cicatricielle spéciale et d'une asepsie plus que douteuse.

Ceci étant fait, suturer l'anse sectionnée suivant les procédés classiques ou placer un bouton anastomotique et l'abandonner dans la cavité abdominale. Par contre, l'anse qui avait à sa surface des débris de muqueuse est maintenue par un point de suture au catgut contre la paroi. Au point de contact on place un drain de 4 à 5 millimètres de diamètre traversant cette paroi. Ce dernier a l'avantage de mettre à l'abri de l'infection péritonéale si tous les germes pyogènes n'ont pas été détruits, et n'a comme désavantage que le danger de l'éventration consécutive ; encore celui-ci n'est-il que très problématique. Ainsi nous ne placerons un drain que dans ce dernier cas.

Quatrième temps. — La réduction de l'intestin étant

opérée, il ne reste qu'à faire la suture étagée de la paroi. Ici le procédé de M. le professeur Gangolphe diffère quelque peu des autres.

La suture se fait en trois plans :

1° Suture du péritoine en surjet ou à points séparés à l'aide de fils de soie;

2° Suture des plans musculaires aponévrotiques au catgut chromique;

3° Suture de la peau avec des fils d'argent. On posera deux ou trois fils profonds et un nombre variable de points superficiels avec des fils plus fins de même nature.

Le pansement, fait comme d'ordinaire et ne présentant rien de particulier, sera maintenu par un bandage de corps ou de toute autre manière.

Le malade doit être constipé; on lui administrera de l'opium à l'intérieur sous forme d'extrait thébaïque. Il ne recevra comme nourriture que des aliments donnant un minimum de déchets. L'alimentation ne sera reprise que très lentement et avec une progression prudente.

Tel est l'exposé du manuel opératoire de M. Gangolphe. On a pu voir dans ce chapitre que la divergence de sa conduite avec celle des autres chirurgiens consiste moins dans le traitement de la lésion que dans la manière d'attaquer cette dernière et de subordonner la nature de l'intervention à la variété de lésions mises rapidement sous ses yeux par l'incision péritonéale d'emblée. Nous allons dans la seconde partie de ce chapitre parler tout au long des avantages de cette dernière méthode.

DISCUSSION

Nous avons trouvé dans le cours de nos recherches de vives critiques contre le mode d'incision que nous avons exposé plus haut. La plus fondée serait peut-être la menace d'infection de la cavité abdominale, si l'on ne prenait les précautions nécessaires pour empêcher l'entrée dans la séreuse des matières fécales. De plus, l'antisepsie nous fournit le moyen de lutter contre ce danger bien plus efficacement que dans les autres méthodes, puisqu'ici l'orifice créé est obturé et les anses tenues éloignées par des compresses aseptiques. La plupart des auteurs dissèquent le trajet fistuleux et n'arrivent à ouvrir le péritoine qu'à la dernière extrémité. Nous ne sommes plus ici de l'avis de M. le professeur Pollosson (*Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, Georg, 1893). Il fait une incision circonscrivant l'orifice cutané; s'il s'agit d'un anus ombilical, une double incision verticale, l'une supérieure, l'autre inférieure; s'il s'agit d'un anus inguinal, une double incision parallèle à l'arcade. Dans ces deux cas, si une laparotomie devient nécessaire, on n'a qu'à sectionner, suivant les mêmes incisions, toute l'épaisseur de la paroi abdominale. Il n'admet l'ouverture de la cavité péritonéale que lorsqu'on éprouve trop de difficulté à libérer et à attirer l'anse en raison de l'étendue et de la solidité des adhérences. Cependant notre méthode aurait ses indications dans les perforations intestinales consécutives à des processus inflammatoires ayant provoqué des adhérences étendues. Il rejette cette manière de faire dans les anus contre nature d'origine herniaire,

qui ne présentent souvent que des tissus peu résistants.

Mais outre que notre incision, sans créer une perte de substance nuisible, permet une réunion immédiate par première intention, la plaie étant faite en tissu sain et donnant une cicatrisation solide, sans conséquences ultérieures, elle nous semble parer à un grand inconvénient de l'incision généralement adoptée, l'ignorance totale où elle laisse le chirurgien de l'état des anses voisines.

On peut admettre qu'un anus contre nature de création récente puisse ne présenter que des adhérences lâches ou peu solides. Mais, dans la pratique journalière, le chirurgien se trouve en face de malades porteurs depuis longtemps de leur affection et retardant l'intervention jusqu'au jour où leur patience est désarmée, où le dégoût qu'ils s'inspirent eux-mêmes a vaincu la crainte de l'opération, c'est souvent un an après l'étranglement intestinal qu'ils viennent réclamer les secours de l'art. A ce moment, les adhérences, produit d'un travail inflammatoire intense, favorisé dans son accomplissement par l'immobilité des parties irréductibles, ont la nature du tissu cicatriciel. Plus la lésion est ancienne, plus l'adhésion est intime; elle peut avoir l'aspect d'une cicatrice dure et calleuse. Plus le travail inflammatoire a été profond et surtout lorsqu'il s'est établi un foyer de suppuration, un abcès du sac herniaire, l'adhérence est si étroite ou plutôt la fusion des tissus est telle qu'il est devenu tout à fait impossible de distinguer ce qui appartient à l'intestin et ce qui est le tissu cicatriciel. Ces adhérences si graves se font ordinairement par de larges surfaces, tantôt avec l'épiploon, tantôt avec le sac. Et l'on a vu les opérateurs les plus habiles fatalement blesser l'intestin en essayant de mener à bonne

fin une dissection naturellement impraticable. — C'est, en effet, là le plus grand danger ; car, outre que la blessure d'une anse intestinale avariée oblige à une suture qui prolonge encore l'opération, elle compromet gravement le résultat ultérieur puisqu'on demande la réunion à des tissus presque sclérosés. Dans un des cas rapportés dans nos observations, on eût fatalement blessé l'intestin, qu'il était impossible de reconnaître (obs. III), si l'on eût procédé comme le veut M. le professeur Pollosson. On dit bien : il sera facile, dès qu'on éprouvera des difficultés, d'ouvrir le péritoine. Pourquoi perdre un temps précieux à disséquer minutieusement l'intestin, prolonger une opération déjà si longue, risquer de graves complications pour arriver au même point, à l'ouverture de la grande séreuse ?

N'est-il pas plus simple et plus facile d'avoir sous les yeux les anses intestinales établies sur des compresses stérilisées ? On n'est plus, dès lors, comme nous l'avons vu nous-même, livré à de simples hypothèses sur la situation respective des différents segments du tube digestif ; on les touche, on les déroule, on réduit les parties saines dans la cavité abdominale, on conserve les autres. On peut reconnaître sur celles-ci les traces de l'inflammation éteinte, son étendue : on peut faire en toute connaissance de cause la part du feu.

Puis, lorsque le moment de libérer les anses est venu, on peut avec les doigts déchirer leurs attaches, en reconnaître la nature, la solidité, l'épaisseur et y mesurer son effort. Les parois intestinales altérées se montrent incapables de subir des tractions : on saisit le bistouri ; mais alors on voit où l'on coupe et ce qu'on coupe, on va pas à pas, non à l'aveugle et l'on peut restituer à chaque anse

le tissu qui lui est propre sans craindre ni blessure ni déchirure. Si d'autres manœuvres sont nécessaires, comme une désinfection énergique, une cautérisation, les tissus infectés ou hyperplasiés sont sous la main et point n'est besoin de les chercher dans la profondeur.

Quant à l'infection probable du péritoine, elle serait dangereuse si nous n'étions si bien armé contre elle. Que l'on ait soin de saisir, comme nous l'indiquons plus haut, l'anse intestinale dans un tortillon de gaze iodoformée, de la serrer suffisamment pour que la coprostase soit établie (ce qui s'obtient sans meurtrissure des tuniques), de maintenir cette bandelette au moyen d'une pince à forcipressure ordinaire, et l'on aura un moyen qui, tout en étant absolument sûr, sans être aussi fatigant que la compression digitale, a tous les avantages de la compression par les pinces sans en avoir les inconvénients.

On nous a vu employer tantôt l'entérorraphie, tantôt les autres procédés. Nous n'admettons pas en effet, comme le fait Jeannin, qu'il faille dans tous les cas sans exception avoir recours à une même opération. Nous n'avons de ce côté rien voulu apporter à l'actif de l'entérorraphie circulaire classique; c'est une excellente opération dans la main de bons chirurgiens. M. le professeur Gangolphe en est très partisan, mais elle est dangereuse et expose à des complications qu'on n'a pu encore écarter complètement. Elle répond à la grande majorité des indications, mais elle ne nous paraît pas s'imposer en règle absolue. En effet, lorsqu'on se trouve en présence d'une fente longitudinale portant sur l'ampoule cæcale par exemple (obs. II), et que la perte de substance est minime, est-il besoin de réséquer toute cette portion? nous ne le croyons

pas, une simple suture latérale ne rétrécira pas suffisamment le calibre et abrégera singulièrement l'intervention.

Que ceci se pose sur tout autre segment du tube digestif et nous croyons une conduite identique parfaitement légitimée.

Pour ce qui est de l'entérorraphie circulaire classique on a vu ce que nous en pensions, nous la réservons aux cas plus graves où le calibre de l'intestin n'est pas, ou tout au moins est peu changé. Nous n'en avons pas développé le manuel opératoire, car M. le professeur Gangolphe a adopté en tout point la méthode décrite par Chaput. Cependant il ne se sert pas de catgut pour la suture de l'intestin, mais de soie très fine montée sur l'aiguille de Reverdin disposée en trois plans suivant la méthode de Cromy-Lembert.

Lorsque le calibre est différent nous avons recours à l'entérorraphie circulaire avec incision longitudinale de Chaput. C'est un procédé excellent qui a sur celui de Madelung et de Billroth l'avantage de se plier à presque tous les cas, et de permettre une approximation suffisante entre des intestins de calibre souvent fort différent. Elle n'a qu'un désavantage, c'est de demander pour être bien pratiquée, un temps très long et une habileté très grande de la part du chirurgien. Elle augmente de beaucoup le nombre des sutures et M. Gangolphe, tout en reconnaissant sa valeur, lui a préféré la méthode de Murphy qui est incomparablement plus rapide et ne rétrécit pas le diamètre intérieur. Mais n'anticipons pas; cette nouvelle indication de ce dernier procédé sera légitimée dans notre quatrième chapitre.

Nous avons au troisième temps de notre manuel opéra-

toire parlé de cautérisation au fer rouge sur l'intestin et nous tenons à y revenir ici pour bien spécifier que c'est là une mesure d'exception et non une règle générale qu'il faut suivre. On en comprend aisément la portée et ce n'est que lorsqu'on a affaire à des tissus suspects au plus haut point, durs, sclérosés, épais, que la curette maniée avec prudence n'a pu faire disparaître en totalité, qu'on est autorisé à employer ce moyen énergique. On en verra une juste application dans le prochain chapitre (obs. III). En général une solution phéniquée forte à 5 pour 100 nous semble suffisante pour modifier sensiblement les portions infectées ; du reste jamais le thermocautère ne doit être chauffé à blanc, mais au rouge sombre, ce qui évite encore les accidents.

Pour ce qui concerne le drainage de la cavité péritonéale, il n'entre dans notre manière de faire que dans des cas bien déterminés. Certains chirurgiens l'emploient systématiquement et se servent à cet effet de gaze iodoformée plutôt que de drains véritables. M. Gangolphe le juge inutile et fait d'emblée la suture de la paroi. C'est seulement lorsque l'anse malade est fixée à la paroi abdominale qu'il place dans la cavité virtuelle formée par l'accollement des deux séreuses, un drain de calibre réduit destiné à évacuer le pus, et éviter ainsi l'infection péritonéale. Comme nous l'avons vu, le désavantage en est minime et c'est une très bonne mesure préventive.

Enfin, la suture de la paroi abdominale, ainsi que la pratique M. Gangolphe, est la seule qui doive être employée pour éviter les accidents ultérieurs d'éventration. Elle permet une réunion immédiate de tous les plans qui constituent cette paroi ; elle les réunit l'un à l'autre

et assure leur parfaite coaptation. En effet, de toutes les plaies que nous avons été à même de revoir après des intervalles de temps variable, pas une seule n'a cédé et donné lieu à des accidents. Pour plus de précautions nos malades portaient, après cicatrisation, un bandage compressif qu'ils abandonnaient bientôt. La réunion se fait toujours dans le délai normal, et permet rapidement aux malades de reprendre la vie commune.

Nous avons fini de discuter les points particuliers que pouvait présenter l'exposé de notre manuel opératoire. Fort de l'autorité de M. le professeur Gangolphe, nous avons, croyons-nous, réfuté les principales objections. Il est temps de mettre sous les yeux de nos juges autre chose que des mots, et de leur montrer des faits qui appuient d'une façon éclatante l'opinion du maître et la parole de l'élève.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite).

Hernie étranglée, cure radicale (M. Vallas). — Anus contre nature consécutif. — Entérorrophie circulaire (M. Gangolphe). Guérison.

V... Françoise, quarante-quatre ans. La malade n'a présenté aucune affection antérieure. Elle a eu une grossesse il y a quinze ans qui n'a pas eu de complications.

Il y a quatre ans, elle s'aperçut de l'existence d'une hernie indolore et ne porta point de bandage. Au mois de mars 1894, elle est prise de phénomènes d'étranglement, et le 14 de ce mois, elle entre à l'hôpital de la Croix-Rousse dans le service de M. Vallas, où elle subit deux opérations successives à deux jours d'intervalle. Quatre jours après on trouve des matières fécales dans le premier pansement. Une fistule s'établit et la malade sort une semaine plus tard dans cet état.

Voyant son infirmité persister, et croyant sentir ses forces di-

minuer sensiblement, elle entre le 28 avril 1894 dans le service de M. le professeur Ollier que remplace M. le professeur Gangolphe. Elle occupe à ce moment, le lit n° 24 de la salle Saint-Pierre.

État actuel : État général. A cette date, l'état général de la malade est encore satisfaisant. L'appétit est conservé, les digestions normales. Elles n'accuse point de douleurs provoquées ni spontanées de l'abdomen. Pas de constipation. Température normale. — État local. — Dans l'hypocondre droit on découvre une surface ulcérée, arrondie, de la dimension d'une pièce 2 francs. Les bords peu enflammés, sont irréguliers, tomenteux, violacés et indurés. Le fond formé de tissu scléreux, déprimé en entonnoir, amène insensiblement à un orifice unique, qui donne directement accès par un trajet assez court de 6 à 7 millimètres de diamètre dans une cavité, qui n'est autre que le conduit intestinal. Par cet orifice sortent constamment des matières complètement digérées et peu irritantes. L'anus rectal ne donne plus issue aux fèces, si ce n'est après lavements ou purgation. Les gaz s'échappent pour la plupart par l'anus artificiel, quoique suivant encore quelquefois, il est vrai, leur voie normale.

L'examen ne permet pas de dire sur quelle portion de l'intestin porte la lésion. On est donc en présence d'un anus contre nature, datant d'un mois environ, dont on ne peut déterminer anatomiquement le siège, et qui a donné naissance probablement à des adhérences nombreuses et résistantes si l'on en juge par l'induration périphérique.

Opération : 12 mai 1894. — Après avoir pris les soins préliminaires et désinfecté la région, M. Gangolphe pratique une incision verticale de 4 centimètres, s'arrêtant à 1 cent. environ de la zone malade, puis, diamétralement au-dessous, à 1 centimètre également il incise la peau et le tissu cellulaire sur une égale longueur ; enfin il réunit le pied de ces deux verticales par une section circulaire, qui entoure complètement l'orifice externe de la fistule.

Il incise les plans profonds jusqu'au péritoine. Après avoir fait

une boutonnière il introduit son doigt et explore la cavité abdominale. Il tombe dans un foyer de péritonite adhésive, s'étendant, semble-t-il, assez loin tout autour de la fistule. Il incise à l'aide de ciseaux courbes mousses le péritoine restant, en guidant la pointe avec son index et avançant progressivement et avec précaution à cause du voisinage des vaisseaux iliaques externes. Mais d'ailleurs, aussi bien en haut qu'en bas, il rompt prudemment les adhérences à portée de son doigt.

La paquet intestinal et la collerette cutanée sont attirés à l'extérieur sur des compresses stérilisées. Il se trouve alors en présence de trois à quatre anses de l'intestin grêle toutes unies entre elles par des adhérences non plus glutineuses, mais déjà fibrillaires. Au-dessous de l'anus que portait l'une de ces anses on voyait commencer une surface à bords irréguliers de couleur rouge pourpre à reflets veloutés, qui était manifestement de la muqueuse intestinale ; cette surface s'étendait jusqu'à la partie la plus déclive de l'incision cutanée. M. Gangolphe éprouva, du reste, en cet endroit une certaine résistance pour attirer au dehors le bout inférieur de cette anse. Cette dernière semblait plonger profondément dans la cavité pelvienne où elle semblait fixée. C'est grâce à des tentatives patientes qu'il vit alors venir à lui cette extrémité. Tout le monde put constater que l'anse intestinale portait en cet endroit une perte de substance de 3 à 4 centimètres de long, intéressant la moitié de la circonférence. M. Gangolphe sépare alors facilement les différentes parties intéressées, et l'anse malade une fois dégagée, il s'aperçoit que l'épiploon qui lui correspondait, était épaissi et comme lardacé. Il sectionne l'intestin par deux traits de ciseaux convergeant en un même point, c'est-à-dire au sommet du coin mésentérique de l'anse atteinte. La suture est faite à l'aide de l'aiguille de Reverdin, chargée de soie fine. On place les points les plus voisins du mésentère, et on continue en posant 25 points de suture en trois plans.

La suture de la paroi est faite en trois plans ; le premier en surjet, réunit le péritoine avec de la soie fine, le second l'aponévrose avec du catgut chromique, le troisième la peau avec des fils d'argent.

Pansement à la gaze iodoformée.

14 mai 1894. — La malade n'a pas eu de température hier. Elle a ce matin 37°4.

Le cours des gaz est rétabli.

15 mai 1894. — L'opérée est allée à la selle sans douleur. Pas de température.

20 mai. — Premier pansement. Plaie parfaitement aseptique et complètement réunie.

25 mai. — Deuxième pansement. On enlève les points de suture. La cicatrisation est parfaite. Pas d'éventration.

2 juin. — La malade sort complètement guérie, vingt jours après son entrée.

L'opération n'a présenté dans ce cas qu'une seule particularité : la difficulté d'attirer au dehors le segment inférieur de l'anse malade. Les adhérences qui n'avaient pu être rompues avec le doigt par M. Gangolphe retenaient seules l'intestin à l'intérieur. Quelques tractions patientes ont suffi pour les faire céder. Ajoutons encore qu'à un certain moment l'orifice supérieur, qui n'avait été qu'incomplètement obturé, a livré passage à un peu de matières fécales qui, grâce aux précautions prises, n'ont pas pénétré dans la cavité abdominale. De grands lavages ont rendu à nouveau aseptique le champ opératoire; c'était un cas typique d'indication de l'entérorraphie circulaire classique, la perte de substance était vaste et ne permettait pas l'entérorraphie latérale. On remarquera combien l'incision péritonéale d'emblée a facilité la tâche; si l'on eût procédé par dissection de l'anus, comment serait-on venu à bout des adhérences multiples et étendues qui réunissaient ces trois ou quatre anses intestinales? On était contraint d'ouvrir largement le péritoine, de tout

attirer au dehors et de se débrouiller sur des compresses aseptiques. Encore, malgré cela, M. Gangolphe a-t-il eu de la peine au début. La guérison complète a été obtenue en vingt jours et la malade a été après ce temps rendue à la vie commune.

OBSERVATION II (inédite).

Anus contre nature, siégeant sur le cæcum avec éversion de la muqueuse (M. Gangolphe).

B... Antoinette, soixante-douze ans, ménagère.

PREMIER SÉJOUR. — La malade entre le 8 juin 1893, à la salle Saint-Pierre, service de M. le professeur Ollier. Elle occupe à ce moment le lit n° 20.

La malade est sourde et inintelligente. Pas de maladie grave antérieure, sauf probablement des coliques hépatiques, il y a deux ou trois ans. Depuis longtemps elle avait constaté un certain ballonnement du ventre qui était dur par place, mais indolore. Les digestions étaient bonnes, sauf de temps à autre des vomissements biliaires. Pas d'hématémèse, pas de mœléna. Depuis deux mois les souffrances abdominales ayant augmenté, la malade s'alite. Elle constate la présence de masses dures dans son abdomen.

Il y a trois semaines, une fistule s'ouvre à l'extérieur et donne issue à une quantité considérable de pus, qui augmente par la pression abdominale exercée de haut en bas.

Le jour de son entrée à l'Hôtel-Dieu un nouvel abcès se forme et s'ouvre dans le voisinage du premier dans une sorte d'infundibulum.

Etat actuel. — La malade est cachectique, maigre, présente une teinte subictérique et attire l'attention sur l'œdème de ses jambes, sensible surtout à la cheville gauche.

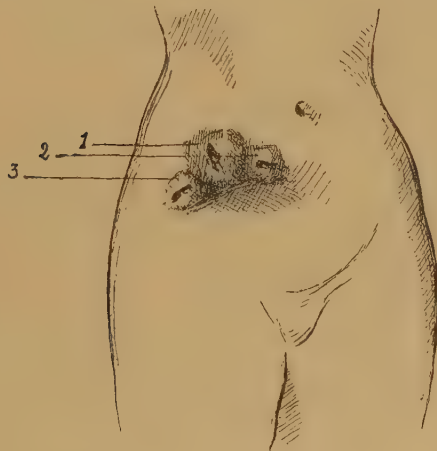
L'abdomen est volumineux, à parois flasques et vergetées, et présente à droite et en bas un noyau d'induration œdémateuse dû

probablement à la position de la femme qui est absolument courbée du côté droit. En déprimant la paroi abdominale, on sent plusieurs tumeurs dures, résistantes. La pression fait sourdre par la fistule un pus jaune, épais, grumeleux, d'odeur fétide. Le toucher vaginal montre l'intégrité de l'utérus et de ses annexes.

18 juin 1893. — Incision de la fistule jusqu'à la masse la plus volumineuse ; on évacue le pus. Par le doigt introduit dans l'abdomen on arrive sur un trajet qui conduit vers la masse en question. Il est difficile de dire si le trajet est dans le péritoine ou en dehors. On draine et on referme l'abdomen après drainage.

Les suites de cette intervention nous sont inconnues et nous n'avons pu trouver des détails complémentaires sur ce premier séjour.

SECOND SÉJOUR. — La malade rentre dans le service le 11 avril 1894. On constate à son entrée dans la fosse iliaque droite, à quatre travers de doigt au-dessus du pli inguinal, une masse du volume d'un poing environ. Elle se présente sous la forme d'un tricorne d'une coloration rouge, vineuse, veloutée, et se trouve constituée par de la muqueuse intestinale, exercée au dehors. On y remarque trois orifices disposés comme l'indique la figure.



Par l'orifice I sortent des matières digérées ; c'est le seul point d'où s'écoulent des matières ; par les pertuis II et III la malade n'a jamais rien vu apparaître. Quand on pratique l'exploration digitale on pénètre assez loin en I, par II également on s'engage dans l'intestin, mais dans le conduit III on est immédiatement arrêté et on s'aperçoit vite que ce n'est qu'un cul-de-sac de la muqueuse qui, invaginée en un point, donne l'illusion de l'orifice du bout intestinal.

Quand on interroge la malade sur les accidents précédents et sur la marche du développement de sa lésion, elle ne peut fournir aucun renseignement et se contente de répondre que c'est venu petit à petit au volume actuel. Comme commémoratifs on a recours aux souvenirs de M. Adenot qui se rappelle très bien que la malade présentait autrefois des phénomènes phlegmoneux du côté de son appendice et de son cæcum, qui nécessitèrent l'intervention chirurgicale dont l'anus contre nature actuel est la conséquence.

Donc si l'on tient compte du siège de la lésion, de la disposition des orifices I et II, si l'on envisage que le I laisse seul sortir des matières complètement digérées, que la malade n'a point dépéri, mais a repris même un peu depuis la première intervention, on est amené à conclure que l'anus contre nature a pour siège l'ampoule cæcale. La muqueuse du premier conduit appartient à cette dernière partie et le second appartient à l'intestin grêle. Quant au pertuis III, il n'a aucune signification.

La malade est soumise au régime des lavements glycérinés et prend plusieurs bains. On lui administre un purgatif salin.

16 mai. — La région est soigneusement désinfectée et garnie de compresses aseptiques. L'opération est décidée pour le lendemain.

Opération : 17 mai 1894. L'anesthésie est faite à l'éther après injection d'une seringue d'atropomorphine.

M. le professeur Gangolphe fait une incision perpendiculaire à la masse intestinale, comprenant la peau, le tissu cellulaire et l'aponévrose. Il continue cette incision sur tout le pourtour, ainsi qu'à la partie inférieure, dans le prolongement de la première.

Puis, pratiquant une boutonnière dans le péritoine à la partie supérieure, il introduit le doigt et explore la cavité abdominale.

Les adhérences sont intimes et très solides. Il contourne alors à l'aide de ciseaux mousses, et sectionne le reste de la paroi de façon à libérer la masse herniée. Ceci fait, il tire le tout au dehors, ce qui se fait sans peine. L'ouverture de la paroi est obturée par un grand nombre de compresses serrées à la base. Il tente alors de faire rentrer l'intestin évaginé par une manœuvre semblable à la réduction d'une paraphimosis. Mais l'intestin résiste. Jugeant alors que le tissu cicatriciel forme un collier suffisamment serré pour être la cause de cet insuccès, il sectionne ce cercle fibreux en deux points. Aussitôt la muqueuse éversée rentre à l'intérieur avec la plus grande facilité, et le cæcum recouvre son aspect normal. Détachant ensuite les adhérences qui réunissent les anses, il arrive à ne plus avoir sous les yeux qu'une perte de substance du volume d'une pièce de 2 francs, située sur l'ampoule cæcale, comme il avait été diagnostiqué. M. Gangolphe juge alors que la brèche n'est pas assez importante pour réclamer l'entérorraphie circulaire, et ne craignant pas un rétrécissement consécutif trop prononcé, pratique l'entérorraphie latérale avec trois plans de sutures à la soie fine, en se servant de l'aiguille de Reverdin.

La paroi abdominale est refermée de suite sans drainage. Trois plans de sutures.

Pansement antiseptique ordinaire.

18 mai. — Aucun phénomène anormal. Température 37°3. La malade va à la selle très facilement. Le cours des gaz est rétabli depuis la veille. On ne donne pas d'opium à l'intérieur.

24 mai. — Premier pansement. Rien de particulier à noter. Plaie parfaite. Pas de suppuration. On ne touche pas aux points de suture.

30 mai. — Second pansement. On enlève les points de sutures ; la réunion est parfaite. L'état général est aussi bon que possible. Température 37°4. Les digestions sont normales et les selles régulières. La malade est autorisée à se lever. Pas d'éventration.

5 juin. — La malade sort de l'Hôtel-Dieu pour reprendre son métier pénible de ménagère, dix-huit jours après son entrée.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue. Nous y trouvons, comme nous l'avons annoncé, une indication nette de l'entérorraphie latérale. La perte de substance était petite par rapport au calibre de l'intestin. Ce dernier était suffisamment épargné pour qu'on n'eût pas à craindre de rétrécissement consécutif. De plus, le siège même de la lésion eût beaucoup compliqué la pratique de l'entérorraphie circulaire et dans ce cas on n'eut pas employé avec succès la méthode de Murphy. La suture des deux surfaces séreuses s'est faite suivant le procédé généralement décrit. La seule conduite à tenir était celle qu'a suivie M. Gangolphe. Les adhérences, quoiqu'étroites et de formation ancienne, n'ont pas exigé de manœuvres particulières et les anses ont pu être séparées facilement. Dans ces cas, lorsque la réduction de la muqueuse herniée ne peut se faire, il faut sectionner rapidement le collier cicatriciel et comme on a pu le voir, tout rentre bientôt dans l'ordre et l'on n'a plus qu'à faire l'ablation de cette collerette fibreuse. Pour la seconde fois l'incision péritonéale large a permis d'opérer vite et en toute connaissance de cause. Aucun écoulement de matières fécales ne s'est produit et l'intervention s'est continuée au milieu d'une asepsie parfaite, grâce aux précautions prises. Les suites en ont été remarquables par leur simplicité. Le jour même le cours des gaz était rétabli et le lendemain une première selle se produisait sans aucun trouble du côté de l'intestin suturé. C'est, à notre avis, un bel exemple d'opération rapide, malgré l'ancienneté des lésions et de l'étendue des adhérences, ainsi que de guérison parfaite dans le minimum de temps désirable, puisque la malade n'a séjourné que dix-huit jours à l'hôpital et a pu repren-

dre de suite, sans accidents ultérieurs, une vie assez pénible.

OBSERVATION III

(M. Durand, *Archives provinciales de chirurgie*, août 1895.)

B..., Marie, dix-neuf ans, entre à la clinique, salle Saint-Pierre, le 1^{er} octobre 1893.

En juillet 1892, elle fut atteinte de blennorrhagie avec cystite, métrite, et, bientôt, ovaro-salpingite droite avec grave retentissement du côté du péritoine. Une collection se forma et vint faire saillie au-dessus de l'arcade de Fallope. La malade était alors à l'Antiquaille, quartier des Chazeaux, et M. Rochet, chirurgien de l'hôpital, ouvrit la poche purulente, la draina, et eut la satisfaction d'obtenir en deux mois une guérison complète.

La malade reprit son service et se soumit probablement à de nouvelles inoculations génitales, de sorte que le 1^{er} octobre 1893 elle dut entrer à Saint Pierre. Elle présentait, sans retentissement péritonéal, des phénomènes douloureux du côté des annexes, surtout à droite. Au toucher vaginal, empâtement dans les deux culs-de-sacs, douleurs à la pression ; pas de collection nette.

Le 12 octobre, M. Rochet fait une laparotomie médiane, et alla d'abord à la recherche de l'ovaire droit. Il le trouva prolabé dans le cul-de-sac de Douglas, très adhérent, et eut beaucoup de peine à l'amener au dehors. Il y parvint cependant et fit l'ablation de cet ovaire gros, kystique, à peu près entièrement altéré. La trompe fut naturellement enlevée en même temps. Elle était volumineuse, mais paraissait saine.

Les suites furent excellentes ; mais le 20, notre collègue et excellent ami Lagoutte, alors interne dans le service, dut faire sauter les fils inférieurs pour donner issue à une petite collection purulente, qui paraissait développée autour d'un fil profond. A ce moment, rien dans le contenu de l'abcès ne faisait penser qu'il pouvait avoir une communication avec le conduit intestinal.

Quelques jours après, le pansement était souillé de liquides digestifs, d'abord en petite quantité, puis beaucoup plus abondants mêlés bientôt de débris alimentaires. L'orifice s'agrandit rapidement, et vers le 10 novembre, il se comportait comme un véritable anus contre nature, laissant passage à une quantité énorme de matières.

Bientôt la lésion s'améliora; il se fit une cicatrisation assez rapide des bords de la plaie cutanée; la quantité des liquides émis devint minime et, vers le 20 décembre, on pensa un moment que quelques cautérisations auraient raison de cette fistule qui paraissait insignifiante. A ce moment, l'examen local montre dans la région sous-ombilicale une cicatrice fortement déprimée, rouge, ou plutôt rosée, présentant en son milieu un orifice de 5 millimètres de diamètre environ. Les bords en sont roses, légèrement bourgeonnants, non exubérants. On en voit sourdre un liquide qui ne permet pas de définir exactement le siège de l'ouverture intestinale.

Celle-ci doit occuper cependant l'intestin grêle, probablement sa première moitié, car les matières qui s'échappent ne sont pas fécales. Le cathétérisme du trajet ne donne aucun renseignement précis; le stylet pénètre profondément et ne semble s'égarer dans aucun diverticule. Au-dessous de cette fistule, il s'en est ouvert une autre plus petite qui au cathétérisme paraît indépendante et ne laisse sortir qu'un peu de pus.

La palpation de la région, qui entoure les fistules, permet de sentir une sorte de plaque très indurée, légèrement douloureuse à la pression et un peu plus large que la paume de la main.

Le toucher vaginal ne donne aucun renseignement digne d'être noté.

L'état général n'a pas subi d'atteinte sérieuse.

La malade, qui est une vigoureuse fille, a légèrement maigri; elle a conservé l'appétit, mange beaucoup même. Les selles sont un peu irrégulières; les règles ne sont pas troublées.

Opération. — Elle est faite par M. Rochet, le 25 janvier 1894.

La malade qui demandait instamment à être débarrassée de sa fistule, a été préparée à la laparotomie par des bains antiseptiques, une purgation, etc.

M. Rochet, considérant les quelques débâcles qui s'étaient produites dans le courant du dernier mois, et la persistance d'une fistule extérieure petite, avait fait le diagnostic de fistule pyo-stercorale ; et avait résolu d'ouvrir d'abord la poche purulente, pour atteindre ensuite l'intestin. Il fit sur la cicatrice une incision passant par la fistule qu'il suivit avec la plus grande attention. Il constata bientôt que la petite fistule inférieure, qui paraissait indépendante, communiquait avec la première, ou plutôt avec la poche intermédiaire. Celle-ci se présentait comme une cavité aplatie dans le sens de la paroi abdominale. Les dimensions ne sont pas très considérables ; elle a trois doigts au maximum dans son plus grand diamètre, elle ne présente pas de diverticule. La paroi est formée de tissus indurés formant le gâteau senti par la palpation. Elle est revêtue de bourgeons grisâtres assez réguliers, peu vivaces. Elle est séparée de l'extérieur par le trajet intra-cutané, qui présente 1 cm. 50 de longueur environ. Elle est réunie aux plans profonds par un trajet semblable, mais plus court.

On attaque ce dernier avec la plus grande prudence, et bientôt on voit apparaître un orifice admettant à peu près le bout du petit doigt. Il est bordé d'une membrane rosée, éversée, qui n'est autre que la muqueuse intestinale, donnant à l'ouverture la forme labiée.

On cathétérise cet orifice et le stylet s'enfonce seulement dans une seule direction, en bas et à gauche.

On est donc en face d'une ouverture terminale, fait qui se confirmera tout à l'heure et que ne faisait pas prévoir les caractères cliniques de la lésion. En continuant le travail de libération, à l'aide de la sonde cannelée, on trouve vite que ce doit être le bout supérieur de l'anse atteinte ; puis on découvre encore une autre perforation moins large que la précédente et siégeant sur une anse accolée à la paroi tout à côté de celle qui est complètement perforée. Celle-ci est simple ; c'est une petite perforation latérale, mais l'autre est large et l'on peut dire que les deux bouts de l'anse sectionnée ne communiquaient guère qu'indirectement par l'intermédiaire de la poche. Le bord mésentérique rattache cependant les deux extrémités intestinales. L'ouverture aurait fonctionné comme

un véritable anus, si la paroi indurée n'avait remplacé en avant les tuniques intestinales absentes.

Ces constatations faites, M. Rochet isola les deux anus de façon à les mobiliser complètement, c'est-à-dire que, après avoir pris toutes les précautions aseptiques de rigueur, il pénétra dans le péritoine et rompit toutes les adhérences qui fixaient l'intestin à la paroi abdominale. Ce travail fut extrêmement pénible et long. Aussi ne songea-t-on pas à faire une entérectomie, et on appliqua sur chaque anse un rang de suture séro-séreuse en abrasant légèrement les portions de l'intestin qui étaient molles et fragiles. On ne réduisit pas entièrement les deux anses. On les laissa en dehors entre les lèvres de la plaie péritonéale. On appliqua sur cet intestin un pansement à la gaze aseptique, sans iodoforme, ni sublimé. L'appareil fut complété par un pansement au coton légèrement compressif.

Suites. — Le soir de l'opération, vomissements, pas de température. La malade est enrhumée ; elle fait des efforts de toux qui lui secouent douloureusement l'abdomen ; à part cela aucun phénomène abdominal.

27. — Le pansement est changé, car il est traversé. La gaze est extrêmement adhérente à l'intestin dont le revêtement ancien commence à se modifier, devenant rose et bourgeonnant. La masse intestinale herniée s'est accrue par suite des efforts de toux, et forme un gros champignon, du volume d'un poing d'enfant, nettement pédiculisé. On ne constate pas de perforation ; ce liquide qui mouille le pansement paraît être de l'exhalation péritonéale.

28 janvier. — On constate une petite perforation sur l'anse la plus largement atteinte, c'est-à-dire celle qui se trouve à gauche et en bas. Sous l'influence des mouvements péristaltiques qu'on voit se produire sur l'intestin, il s'élève un petit jet filiforme, d'odeur aigrette, clair, coloré légèrement en brun par des particules alimentaires.

29 janvier. — Formation d'un autre petit orifice au voisinage du premier. La surface séreuse a perdu entièrement ses caractères ; le péritoine a fondu en quelque sorte, laissant place à de petits bourgeons charnus qui ne saignent pas et ne laissent nulle

trace d'épidermisation. La masse herniée, qui avait augmenté dans les deux premiers jours, est maintenant stationnaire.

Pas de phénomènes subjectifs; quelques vagues tiraillements abdominaux.

15 février. — L'aspect local s'est totalement modifié. Les anses herniées ont été comme attirées dans l'abdomen, de sorte que ce qui reste de la surface bourgeonnante est au même niveau que la peau voisine, et a perdu beaucoup de ses dimensions. Il n'y a pas d'épidermisation, de sorte que tout s'est passé par rétraction.

Les deux orifices se sont agrandis, surtout celui qui a le premier paru. La muqueuse fait saillie à travers, formant une sorte de petit monticule, dont la hauteur est de 1 centimètre environ, et dont le sommet porte un orifice d'où s'échappe le contenu intestinal.

L'écoulement est à peu près constant, accompagné de mouvements péristaltiques qu'on suit très facilement; issue du liquide et mouvements sont très rapidement influencés par la morphine; une demi seringue de la solution ordinaire, c'est-à-dire l'injection d'1/2 centigramme les arrête pendant trois heures environ.

L'état général est bon, l'appétit est parfait; la malade mange continuellement, de sorte que son poids n'a pas diminué. De loin en loin, un lavement la débarrasse des quelques débris alimentaires et épithéliaux que renferme la portion inférieure de son intestin.

13 avril. — La malade réclame une intervention radicale qui, pour différentes raisons n'a pu lui être accordée plus tôt. Elle présente actuellement une grosse tumeur, formée par la muqueuse éversée, animée de mouvements péristaltiques, offrant deux orifices qui correspondent aux deux perforations. La muqueuse est réductible, mais l'exploration digitale n'apprend pas grand'chose, le doigt se coiffe de tuniques molles.

On ne peut reconnaître si les deux orifices siègent sur deux anses, ou si on est en présence d'un anus avec hernie considérable de la muqueuse.

Au pourtour de cette masse muqueuse, on trouve immédiatement les bords cicatriciels de la plaie, il n'y a plus trace de la sur-

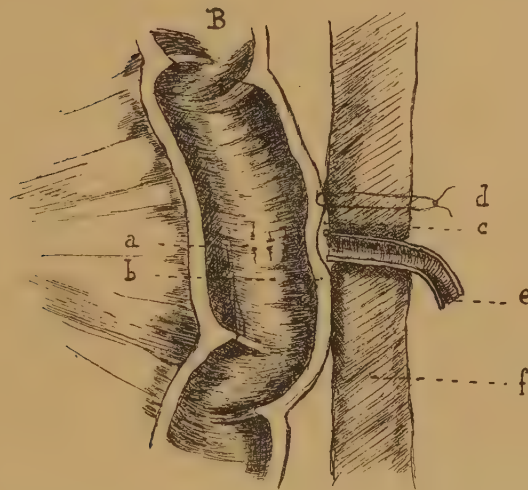
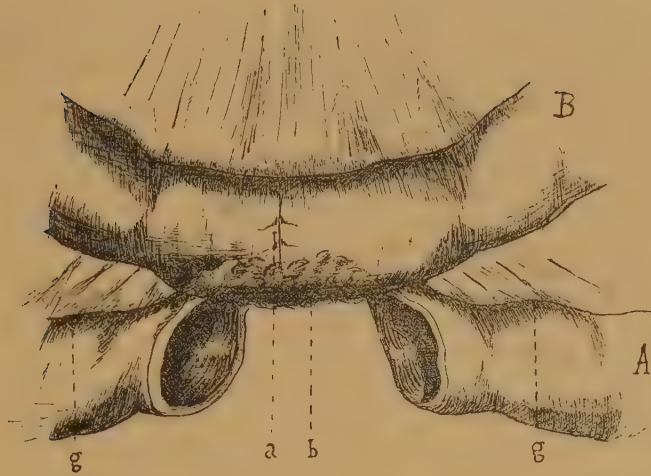
face intestinale mise en dehors. Fait intéressant, tout est rentré dans l'abdomen.

L'état physiologique est resté le même : écoulement constant du liquide intestinal, sauf quand la malade est sous l'influence de la morphine. Appétit considérable, pas d'amaigrissement, pas de selle sans lavement.

Opération. — MM. Gangolphe et Rochet. Incision losangique des plans superficiels dans le sens de la tumeur, en dehors des portions cicatricielles, sur la peau abdominale. On ouvre à gauche la gaine du grand droit, et celui-ci retiré, on déchire plutôt qu'on ne coupe, à petits coups de bistouri, les tissus fibro-celluleux qui se présentent. Ce travail amène jusqu'au péritoine auquel on fait une boutonnière microscopique. On voit que l'anse intestinale qui se présente à l'ouverture séreuse n'est pas adhérente. On agrandit la boutonnière dans laquelle on met le doigt, et sur celui-ci l'ouverture péritonéale est poursuivie assez haut. Le doigt intra-séreux du chirurgien est aidé dans ce rôle de conducteur par l'index d'un aide introduit dans l'ouverture de l'anus contre-nature. On peut ainsi sans danger et assez rapidement isoler tout le côté gauche de la tumeur. Le doigt intra abdominal se porte, alors sur le côté droit de la tumeur, dont il embrasse le pédicule. La section des plans qui séparent l'incision cutanée du péritoine est rapidement achevée. Pendant tout ce temps, un aide a maintenu des tampons antiseptiques sur les orifices intestinaux, de sorte qu'il ne s'est pas écoulé une goutte de matière et que l'asepsie a été aussi parfaite que possible. Jamais les doigts des opérateurs n'ont même effleuré la surface muqueuse qu'on avait du reste désinfectée avec le plus grand soin, mais qui ne devait pas être considérée comme stérile.

A ce moment le champ opératoire présente une plaie large et losangique de la paroi abdominale, dans laquelle est mobilisé un paquet abdominal suspendu à la collerette cutanée, entourant les orifices.

L'intestin peut ainsi être examiné facilement. On a sous les yeux deux anses distinctes; l'une largement adhérente est celle reconnue à droite et en haut dans la précédente intervention. Les



a, Points de suture de la première intervention. — *b*, Plaque de tissu induré. — *c*, Cavité drainée. — *d*, Point de suture. — *e*, Drain. — *f*, Paroi abdominale. — *g*, Limite de l'entérectomie.

sutures latérales ont parfaitement tenu; on voit par place les fils de soie auxquels on se garde bien de toucher.

L'autre est l'anse inféro-gauche. Elle adhère aussi sur une large surface et présente une coudure brusque, de sorte que ses deux bouts constituent un canon de fusil double présentant une large perforation. On est donc en présence d'un anus contre nature ordinaire, à court éperon, juxtaposé à une anse non perforée, mais présentant une surface d'adhérence considérable.

On se porte d'abord du côté de l'anse perforée; on l'isole tant qu'on le peut sans compromettre la voisine, puis on fait à l'attache de son mésentère, deux ouvertures éloignées de 10 centimètres environ. Dans chacun de ces orifices on passe une longue lanière de gaze iodoformée qui, tordue, va fermer l'intestin, remplaçant avantageusement au point de vue de la nutrition les pinces languettes qu'on emploie souvent à cet effet.

On fait l'entérectomie de la portion intestinale comprise entre les deux ouvertures mésentériques. Hémostase. Le calibre du bout inférieur est sensiblement diminué. On peut cependant faire la suture circulaire sans fente latérale, en coupant un peu obliquement le bout inférieur. Deux plans de suture à la soie.

On s'assure que l'entérorraphie est bien faite et on réduit l'anse suturée.

On s'occupe alors de l'anse adhérente. On l'isole un peu du paquet pariétal, mais on est forcé de laisser une large plaque de tissu fibreux qu'il serait dangereux de vouloir extirper. Car une perforation est à craindre et la suture serait peu sûre dans ces tissus cicatriciels, et sans revêtement séreux. Cette plaque est désinfectée énergiquement, et fixée contre le péritoine pariétal, qu'on suture à points séparés. Entre ce point séreux et la plaque existe une petite cavité qu'on draine par excès de précaution.

Suture aponévrotique, puis cutanée.

Pansement occlusif.

L'opération a duré deux heures. L'anesthésie a été faite avec la plus grande prudence par l'externe du service qui ne donnait que quelques bouffées d'éther de temps en temps quand la malade menaçait de se réveiller. Il ne s'est produit de ce côté aucune alerte.

Suites opératoires. — Pas de choc. Quelques vomissements dus à l'anesthésique.

Craignant la paralysie intestinale, on ne donne pas d'opium. On fait une injection d'1 centigramme de morphine qui, vu l'accoutumance, ne paraît pas devoir donner de résultat. Elle est accordée comme thérapeutique purement morale, sur les instances de la malade. Le pouls est un peu petit, à 115 pulsations, mais sans mollesse. La nuit est tranquille.

Le 15 avril, mouvements intestinaux ; gargouillements non douloureux, il y a eu des vents. Pas de température. La malade a un excellent état général. Elle rit volontiers.

19 avril. — Aucun incident ; la malade prend des potages depuis deux jours ; elle a mangé un œuf ce matin, bonne digestion.

Premier pansement. On enlève tous les points métalliques superficiels dont l'un avait donné un peu de pus.

25 avril. — Etat général et local parfait. Lavement purgatif.

1^{er} mai. — La malade peut être considérée comme guérie.

26 mai. — Elle part en convalescence, elle mange à peu près comme tout le monde et n'a présenté aucun incident depuis son opération.

Nous consacrerons dans la critique de cette observation une première partie à l'opération pratiquée par M. Rochet. M. l'agrégé Durand a publié dans les *Archives provinciales de chirurgie* (août 1895) cet exposé complet de l'histoire de la malade que nous reproduisons *in extenso*, pour bien laisser connaître les hauts et les bas de l'affection. Cependant, quoique nous ayons suivi attentivement la malade à cette époque, nos souvenirs de stagiaire du service se sont, en quelques points, trouvés en désaccord. Nous pensons que c'est un simple oubli de notre part.

Nous ne jugerons pas la nature de l'intervention première, ce n'est pas à nous de le faire ; mais, en prenant chaque particularité de l'état à ce moment, nous espérons

montrer que la conduite aurait pu être heureusement modifiée, quoique cette dernière s'appuyât sur l'autorité incontestée de grands chirurgiens. Le premier temps de l'opération fut constitué par la dissection de la fistule pyostercorale. Or, dès le premier coup de bistouri on tombe dans une poche purulente contenue en entier dans la paroi abdominale. Ici commencent les difficultés ; l'exploration est pénible, l'observation le dit. On arrive sur une seconde ouverture qui exige une dissection encore plus laborieuse que la première, puisqu'on peut prévoir que les plans sous-jacents sont voisins du tube digestif adhérent. On ne connaît pas l'épaisseur de la paroi à cet endroit. Enfin, après un travail extrêmement long, peu facile et dange-reux, on se trouve en face de deux anses intestinales per-forées retenues entre elles par des adhérences. La rupture de celles-ci est des plus pénibles, l'observation le dit encore, et ce n'est qu'après un temps considérable qu'on s'aperçoit qu'il n'y a pas d'autre marche à suivre, que de suturer rapidement ces orifices, et de laisser les anses exposées à l'air sous pansement. L'impression laissée sur nous à cette époque fut celle d'un travail inachevé, ayant demandé une somme d'efforts énorme, et un affaiblissement inutile de la malade, pour arriver, en somme, à un résultat incomplet.

Nous n'avons pas autorité de critique, mais nous croyons devoir laisser penser ce qu'eût été l'opération pratiquée d'après la méthode décrite plus haut, et quelles ont été ses différences avec la seconde intervention.

Si, au lieu de perdre un temps précieux à disséquer une région profondément modifiée, on eût pratiqué d'em-blée l'incision péritonéale, la poche purulente intra-

pariétale eût été circonscrite, énucléée pour ainsi dire, supprimant ainsi une nouvelle chance d'infection. On ne se fût aperçu de son existence que lors de l'ablation de la collerette cutanée ; immédiatement on eût pu commencer à déchirer ou sectionner facilement au grand jour les adhérences. Il est aisé, même pour ceux qui n'ont pas vu l'opération, de penser qu'elle eût pu être abrégée de moitié au moins. La suture eût été solidement faite, et l'opération ramené à une entérorraphie latérale simple et peu grave, puisque les deux pertes de substance étaient en somme minimales. C'était quatre mois de douleurs supprimés à la malade ainsi que de graves chances en faveur d'une issue fatale qu'un état général excellent a seul permis d'éviter.

Envisageons maintenant quelles furent les particularités de la seconde intervention pratiquée par M. Gangolphe.

L'incision péritonéale faite suivant son habitude, le paquet intestinal sort sans aucune difficulté. Il se trouve alors en présence de deux anses profondément modifiées l'une et l'autre. La première comme l'indique notre figure porte une énorme brèche. Le fond de celle-ci est formé par la partie convexe de l'anse sous-jacente et fait absolument corps avec elle. Donc, si l'on eût fait l'incision ordinaire, le bistouri serait venu plonger dans la cavité intestinale. Comme on n'aurait pu demander la réunion à ces tissus dénaturés, c'était une double entérorraphie circulaire qui s'imposait. Quel parti prendre à ce moment ? M. Gangolphe fait une entérectomie large, suivie d'entérorraphie sur l'anse la plus lésée, et la réduisant ensuite, ne s'occupe plus d'elle. Restait la seconde. La plaque indurée formée de tissu infecté pendant les quatre derniers

mois par les matières fécales ne pouvait être réduite sans avoir subi de profondes modifications et les tuniques étaient tellement altérées, qu'on ne pouvait agir avec violence. Il se sert du thermocautère (v. troisième temps du man. opér.) et prudemment rôtit tous les tissus de nouvelle formation, puis lave ce point limité à l'eau phéniquée forte. Comme il ne pouvait se décider à libérer cette anse suspecte, il passe un fil de catgut dans l'épaisseur de sa paroi et il la fixe à la séreuse abdominale. Une petite cavité était formée par la juxtaposition de cet organe à la paroi, il la draine et referme l'abdomen. Cette conduite si simple a été suivie d'un plein succès.

Dix jours après, la malade est considérée comme guérie. Le cours des vents s'est rétabli de suite. Depuis lors aucun phénomène anormal n'est venu incriminer la conduite du chirurgien, et nous avons revu cette jeune fille il y a quelques jours jouissant d'une santé particulièrement robuste.

Le parallèle que nous venons de tracer de ces deux parties de cette histoire n'est point chargé. Tous ceux qui ont été témoins de ces faits se souviennent encore et conserveront toujours l'impression laissée par cette véritable résurrection. On voit là, sans qu'il soit besoin de plus longs commentaires, ce que peut produire un manuel opératoire rationnel et simple.

CHAPITRE IV

Nous avons séparé nettement l'étude du procédé de Murphy de la première partie de ce travail, pour bien montrer quelle devait être la conduite du chirurgien dans les cas où il ne pourrait pas recourir à ce dernier. Cependant, nous avons tenu à esquisser légèrement de prime abord ce qu'on pourrait tirer de la nouvelle méthode, pour ce qui regarde la guérison de l'anüs contre nature.

Notre intention n'est pas de décrire ici le manuel opératoire du chirurgien américain; Duvivier (thèse de Paris, 1895), Maire (thèse de Lyon, 1895), l'ont suffisamment développé, pour qu'il soit inutile d'y revenir. Nous nous contenterons d'énoncer rapidement les objections faites à la méthode, à l'instrument lui-même. Nous dresserons ensuite ses indications pour ce qui concerne notre thèse; nous décrirons tout au long cette fois, les modifications apportées par M. le D^r Villard qui nous paraissent satisfaire les *desiderata* des principaux adversaires de la méthode.

Objections. — C'est Chaput (*Revue de chirurgie*, avril 1893) qui, de tous les chirurgiens français, s'est le plus efforcé de combattre le nouveau procédé. Il a fait de nombreuses expériences sur le cadavre, et a cru pouvoir en tirer des conclusions qui, quoique très logiques, sont loin d'être légitimées par les résultats cliniques. Les autopsies pratiquées ont permis de montrer leur peu de consistance, et ce qu'il faut en retenir cependant.

Il prétend en premier lieu que l'application du bouton entraîne un rétrécissement tardif. Or il est démontré, et l'auteur même l'a reconnu, qu'aucun procédé n'en donne moins.

Puis il ajoute que le chirurgien est placé entre deux alternatives, ou de serrer trop le bouton, ou de ne pas faire une réunion énergique. Dans le premier cas, le sphacèle se produit trop vite ; dans le second, l'adhérence ne s'établit pas, et une perforation peut en résulter. Duvivier pense qu'on pêche toujours plutôt par défaut que par excès, et que la première objection est aussi peu fondée que la seconde. Il y a là une inconnue variant avec l'habileté du chirurgien ; comme dans l'établissement des points de suture ordinaire, c'est une éducation à faire, mais combien plus facile que pour l'entérorraphie.

La troisième objection porte sur les difficultés à l'approximation que donne l'intestin par les plis formés sur le bouton. Il suffit de placer une fois cet instrument, pour voir que si la pression est telle qu'on doit la pratiquer, ces plis s'effacent, et les deux séreuses se réunissent à merveille.

Les autres objections ont trait à la construction même du bouton. Nous ne les discutons pas, nous contentant de

Indications. — Les indications de l'entérorraphie circulaire sont applicables à la méthode de Murphy en ce qui concerne la thérapeutique de l'anús contre nature. Elle donne à peu près la même mortalité que l'entérorraphie circulaire, 7 pour 100 environ. D'accord avec M. Gangolphe, nous osons avancer qu'elle peut même lui être préférée dans la grande majorité des cas, et la seule contre-indication serait la possibilité de réparer les lésions par l'entérorraphie latérale moins meurtrière; mais souvent il est bon de lui donner la préférence sans discuter.

Lorsque l'état général du malade est aggravé par l'issue au dehors de matières non digérées, quand l'anús artificiel porte sur le jéjunum par exemple et que l'opéré ne peut supporter une intervention aussi longue que l'entérorraphie, il nous semble bon d'avoir recours au bouton anastomotique. Celui-ci permet de pratiquer la même opération dans un temps variant de dix à quinze minutes. De plus, dans le cas où la libération des anses a demandé un temps considérable, et quand on juge le malade incapable de supporter une anesthésie plus longue, on pourra terminer l'opération par la pose d'un bouton.

Si l'on se trouve en présence, comme nous l'avons laissé prévoir déjà, d'une différence de calibre rendant impossible l'entérorraphie circulaire simple, et que l'on ne soit pas rompu à l'opération de Chaput, il est préférable d'avoir recours au bouton. En effet, lorsqu'on rapproche les deux portions, il se produit des plis longitudinaux qui rétrécissent le calibre supérieur et le rapprochent suffisamment de celui du segment inférieur, pour que la réunion s'obtienne d'une façon parfaite; on voit même alors le calibre diminuer insensiblement et tendre à devenir

égal sans qu'il se forme de coude. L'approximation se fait très bien si on a le soin de serrer suffisamment, sans toutefois dépasser les limites. Du reste, M. Quénu et M. Villard ne voient aucun inconvénient à ce qu'on augmente la pression qu'ils jugent sans influence nuisible.

Enfin, si l'entérorraphie circulaire était l'apanage jusqu'ici des grands chirurgiens, opérant dans des conditions uniques, il nous semble aujourd'hui que la guérison de l'anus contre nature a tout avantage à employer ce procédé qui permet à un plus grand nombre d'opérateurs de soulager leurs malades. Nous ne sommes point de l'avis du professeur Koenig (*Centralblatt für Chirurg.* 1895 n° 4), qui ne voit, dans ce que nous considérons comme un progrès incontestable, qu'un recul en arrière. Tout chirurgien, pourvu qu'il opère aseptiquement, doit se servir du bouton anastomotique. Les malades ont tout à gagner à voir se répandre cette nouvelle méthode. Elle est à l'entérorraphie circulaire ce que l'industrie actuelle est au travail manuel des anciens artisans. Elle travaille aussi bien, plus vite, plus facilement, et donne des résultats égaux. On est plus sûr de poser semblablement un bouton par deux fois, que de pratiquer deux sutures complètes de la circonférence intestinale.

On voit donc que nous nous posons en partisan résolu de la méthode de Murphy. Pour nous, puisqu'elle donne ce qu'on était en droit d'attendre d'elle, l'opération idéale dans la thérapeutique de l'anus contre nature serait :

1° L'incision péritonéale d'emblée, déjà décrite dans ce travail, permettant de découvrir rapidement les lésions ;

2° La résection et l'anastomose intestinale avec le bouton de Murphy modifié par M. le Dr Villard.

On opère ainsi, avec le maximum de rapidité désirable, les dangers d'infection sont diminués, et cette intervention vient à la portée d'un grand nombre d'opérateurs, qui auparavant n'auraient osé entreprendre une suture intestinale. Si nous n'apportons aucun fait à l'appui de cet opinion, c'est que les circonstances ne l'ont pas permis. A coup sûr si l'occasion de suivre cette conduite se fut présentée, M. Gangolphe n'eût pas hésité à se rallier autrement qu'en paroles à la majorité des chirurgiens.

Bien avant que nous ne commencions nos recherches bibliographiques, nous avons eu l'occasion de voir M. Villard alors qu'il faisait ses expériences sur le cadavre, et constatait que la migration du bouton dans l'intestin pouvait se faire sans peine. Il nous a été donné alors d'examiner les modifications qu'il avait apportées à la méthode de Murphy, et nous avons été séduit par la simplicité, l'élégance, la solidité de cette pièce métallique. Depuis la communication qu'il a faite au Congrès de chirurgie de Lyon en 1894, son manuel opératoire est entré dans la pratique des chirurgiens lyonnais. Il a donné les résultats qu'on pouvait attendre de lui. Aussi croyons-nous qu'à l'heure actuelle il a fait ses preuves, et qu'il peut être franchement conseillé dans tous les cas où l'on ne pratiquera pas l'entérorraphie circulaire.

Description. — M. Villard en donne la description suivante :

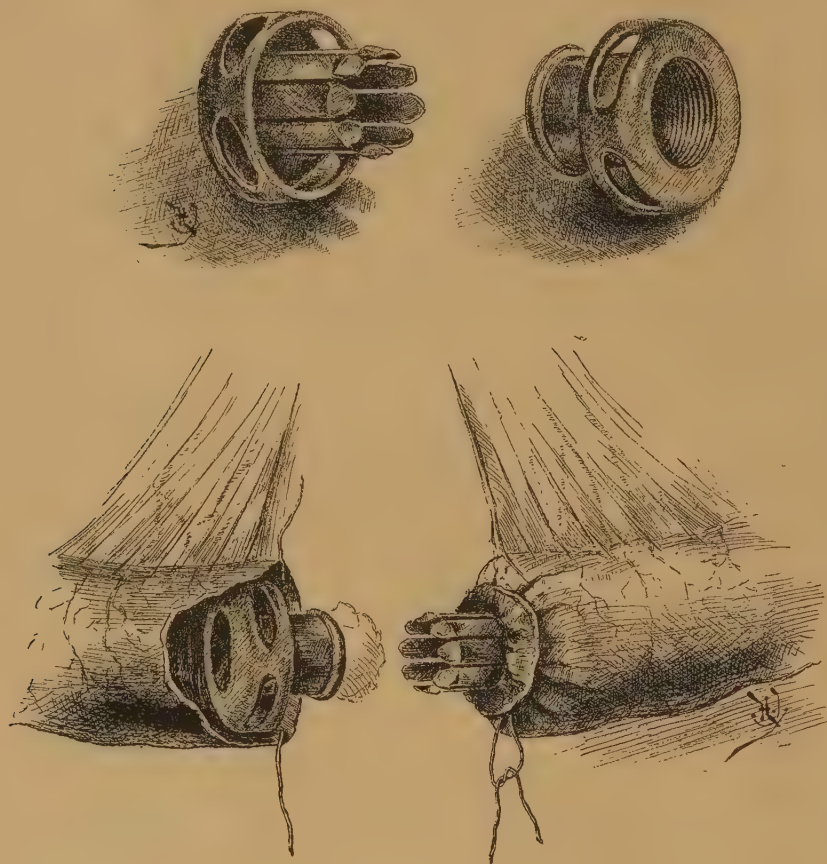
Le bouton se compose de deux pièces pouvant s'articuler l'une avec l'autre, la branche femelle (*a*) et la branche mâle (*b*).

Chacune des moitiés est constituée par un anneau

métallique d'une largeur variable suivant le numéro considéré, et d'une épaisseur de 2 millimètres environ. Sur la pièce femelle, cet anneau se continue à l'une de ses extrémités avec un deuxième anneau concentrique à lui, mais plus long, revêtant la forme d'un véritable cylindre à la face interne duquel est creusé un pas de vis permettant l'articulation avec la branche mâle. Ce cylindre sert en outre de lumière centrale à l'appareil pour le passage des liquides intestinaux. C'est sur lui qu'on vient serrer la tranche de section d'un des bouts de l'intestin. La pièce mâle présente au lieu de ce cylindre central, une série de languettes ressorts, disposées circulairement et dont les griffes terminales peuvent venir, lors de l'articulation, se fixer au niveau des rainures du pas de vis de la pièce femelle.

Modifications. — M. Villard a agrandi la lumière centrale d'une quantité notable. De plus, sur la périphérie du bouton, on peut voir une série d'orifices allongés qui, tout en diminuant le poids, permet à la pièce de se placer en travers durant la migration dans le tube digestif, sans toutefois en entraîner l'obstruction. Il est relativement léger, et peut être stérilisé à loisir sans craindre de voir quelques pièces se dessouder. Sa construction en est facile et peu compliquée, de sorte qu'on a plus de chances d'avoir une fabrication homogène, puisque c'est là une des causes, d'après Murphy lui-même, qui aurait entraîné souvent l'insuccès de sa méthode. En outre, la pression peut être augmentée doucement, les rainures du pas de vis étant très rapprochées; les bords sont aplatis et assez larges pour ne pas risquer de couper la tunique intestinale. Cet exposé est bien la réponse à toutes les

objections que faisait Chaput au bouton de Murphy et M. Villard a, ce nous semble, remédié à tous les incon-



vénients de ce dernier dans la mesure du possible. Il nous paraît difficile d'inventer un bouton à la fois plus simple et plus commode.

Manuel opératoire.

Voyons maintenant comment nous allons nous en servir. Nous diviserons l'acte opératoire en quatre temps :

Le premier et le second temps se composent, comme nous l'avons déjà décrit, de l'ouverture de la cavité péritonéale.

Le troisième temps comprendra la sortie du paquet intestinal et la libération des anses réunies. Ceci fait, on opérera ainsi qu'il va être dit.

Les deux extrémités de l'intestin, sectionnées, sont comprimées par des bandelettes de gaze iodoformée et confiées à un aide. Avec une aiguille à coudre, droite, garnie de fil de soie, on fait une suture en bourse comme il est indiqué dans la figure : comprenant toute la circonférence de l'intestin, de telle façon, qu'une fois serrée, la paroi muqueuse vienne s'appliquer étroitement sur le cylindre central du bouton ; on saisit alors une des deux pièces dont on a préalablement bouché l'orifice par un tampon d'ouate destiné à empêcher l'issue des matières. Puis, l'introduisant dans le tube digestif, on serre le fil à la façon d'une blague ; on fait un nœud solide, et on donne cette extrémité à un aide. On agit de la même façon à l'égard du bout supérieur et de l'autre partie du bouton.

Ceci fait, on enlève rapidement les deux tampons de coton et l'on abouche les deux pièces métalliques. On les enfonce graduellement l'une dans l'autre et l'on s'arrête lorsque la pression paraît suffisante. Le chirurgien, à ce moment, doit avoir conscience de son effort et du but à

atteindre. C'est le point le plus délicat de l'opération et il ne peut y avoir de règle à ce sujet. Encore une fois, chaque opérateur se réglera sur sa conduite antérieure si elle a été suivie de succès, ou, dans le cas contraire, la modifiera dans un sens ou dans l'autre.

La suture abdominale constitue le quatrième temps, et se fait suivant les préceptes énoncés plus haut.

Telle est, dans sa grande simplicité, la pose du bouton anastomotique ainsi que la pratique M. Villard et ainsi qu'il nous l'a montré lui-même sur le cadavre. Nous ne pouvons rien y ajouter, si ce n'est que nous regrettons une fois de plus de n'avoir pu être témoin d'une opération de ce genre; mais nous n'hésiterons pas à y avoir recours si, dans notre carrière, les indications nous en sont fournies, tant elle semble facile et à la portée de tous.

Observations.

Si nous n'avons pu, comme dans la première partie de ce travail, apporter des faits à l'appui de notre thèse, c'est que les cas de ce genre sont rares et le nombre de chirurgiens ralliés à la méthode est restreint. Nous n'avons cru pouvoir mieux faire que d'extraire de la statistique publiée par Murphy lui-même (*Medical Record*, 2 juin 1894), les interventions ayant rapport à la thérapeutique de l'anus contre nature et de traduire simplement les conclusions qui sont pour nous le résumé de ce qu'on peut penser du procédé. On n'a pas ajouté un mot de plus depuis qu'on en a fait la critique.

Cas I. — Du Dr Walker du Détroit Michig. Diagnostic : Fistule stercorale consécutive à une laparotomie. Plusieurs essais infructueux ont été faits par d'autres chirurgiens pour fermer la fistule : laparotomie le 8 décembre 1892; excision d'environ 4 pouces de la portion d'intestin comprise dans la fistule. Réunion bout à bout à l'aide du bouton de Murphy. L'opération a demandé sept minutes. Le malade jouit d'une excellente santé depuis l'opération, il y a environ un an. Ce fut le cinquième cas pratiqué sur un sujet humain à l'aide du bouton.

Cas IV. — Fistule stercorale avec constriction de l'intestin. Opération le 25 mars 1893 par le Dr R. S. Sutton de Pittsburg. Rapprochement latéral avec le bouton de Murphy (taille supérieure). L'intestin était mobile vingt-quatre heures après l'opération. Le sixième jour et les suivants, mouvements réguliers de l'intestin, la constipation dont avait souffert la malade ayant disparu, la malade continua à bien se porter.

Cas VIII. — Fistule consécutive à une hernie gangrenée. Opération, juillet 1893. Réunion latérale avec le bouton de Murphy (taille supérieure). Le sixième jour se produisirent de nombreux mouvements spontanés de l'intestin, les premiers depuis sept semaines. Le bouton satisfait pleinement en établissant l'anastomose.

Cas X. — Le Dr Murphy, le 10 septembre 1893, sur la demande du Dr Joseph Price, de Philadelphie, dans l'hôpital privé de ce dernier, pratiqua un rapprochement latéral pour fistule fécale sur M^{me} R..., en présence des membres de la *Pan-american medical Association*. La cause de la fistule était une hernie crurale étranglée. Le bouton de Murphy, gros modèle, servit à faire le rapprochement. Le temps employé fut de six minutes. Après le 24 octobre, le Dr Price annonce la guérison complète. Le bouton a passé le vingtième jour.

Cas XIX. — Rapprochement de l'intestin grêle par le bouton de Murphy. Malade âgée de cinquante-sept ans. Plusieurs mois avant, elle souffrait d'une hernie ombilicale étranglée avec sphacèle et perforation de l'intestin. On fit l'entérostomie et l'on maintint dans la plaie les deux bouts de l'intestin. Depuis ce

temps, la malade a eu toujours des évacuations par l'orifice anormal. Opération le 12 décembre 1893 par les D^r Burney et J. B. Murphy. Les bouts de l'intestin furent tamponnés par de la gaze qui servit de guide pour reconnaître la perforation. Incision sur la ligne médiane au-dessous des orifices. Le bouton grand modèle fut placé. Durée, cinq minutes et demi. Le bouton s'échappa neuf jours après.

Cas XXV. — Par D^r W. T. Dodge, Big Rapids, Mich. Boy. Diagnostic : Fistules fécales consécutives à une blessure par arme à feu. Deux tentatives infructueuses pour fermer les ouvertures par une suture ont été faites. L'ouverture du côté gauche portait sur l'intestin grêle et celle du côté droit sur le gros intestin. Le patient s'émaciait rapidement par défaut d'alimentation. Opération le 2 janvier 1894, incision sur le côté de l'ouverture dans l'intestin grêle, adhérences intestinales libérées et intestin tiré hors de la blessure ; résection de 3 pouces au siège de la fistule ; réunion bout à bout avec un bouton de Murphy ; le huitième jour le bouton sortit par le gros intestin. Guérison.

Cas XXIX. — Diagnostic : Fistule fécale datant de longtemps. Plusieurs opérations sont pratiquées pour la fermeture de la fistule. Elle semble avoir des rapports avec le côlon transverse. Opération le 9 mai 1894. Rapprochement à l'aide d'un bouton elliptique (2 pouces $\frac{1}{2}$ de longueur). Le bouton est facilement placé. La convalescence ne présente rien de particulier. Le bouton passe au quinzième jour.

Voici ensuite quelles sont les conclusions auxquelles arrive le D^r Murphy :

1^o Plus l'opération est faite rapidement, moins le shock opératoire présente de danger ;

2^o Moins la manipulation et l'exposition de l'intestin est longue, plus les dangers d'infection, de paralysie post-opératoire et d'adhérences diminuent.

3^o Plus la pression est uniforme et continue, plus on

est sûr que la réunion se produira et moins il y aura de possibilité d'infiltration ;

4° Les moyens mécaniques dans ces cinq dernières années ont produit de meilleurs résultats que la suture à la fois dans les réunions latérales et bout à bout ;

5° La mortalité dans les réunions bout à bout est de beaucoup moindre que dans l'apposition latérale, et on doit toujours lui donner la préférence ;

6° Plus la juxtaposition des diverses couches est parfaite, moins il faut redouter l'interposition de tissus fibreux et plus la régénération à travers la ligne d'union est complète ;

7° La juxtaposition des couches histologiques semblables du mur intestinal est une assurance contre la rétraction cicatricielle ;

8° Plus la surface de rapprochement est étendue, plus les dépôts fibreux sont nombreux et plus la rétraction est grande ;

9° La rétraction est moindre dans la réunion bout à bout que dans la réunion latérale.

Nous avons pu trouver, grâce à l'obligeance de M. le professeur Jaboulay, un cas de guérison de fistule stercorale, par la méthode de Murphy. Il n'est pas typique à vrai dire, mais nous l'opposerons à notre observation II, comme parallèle en quelque sorte avec l'entérorraphie latérale. Le siège identique de la lésion, rend l'analogie encore plus frappante. Voici comme s'exprime M. Jaboulay à ce sujet : (*Province Médicale*, 28 septembre 1895).

« La possibilité d'oblitérer de cette façon les plaies intestinales, nous l'avons éprouvée une fois, à propos d'une fistule pyostercorale qui avait résisté à tous les

moyens employés par un chirurgien expérimenté. Il s'agissait du cæcum qui présentait un orifice latéral de 4 millimètres de diamètre environ sur toutes ses faces. Le bouton de Murphy fut appliqué dans cette fente et chaque branche fut invaginée et maintenue en place, l'une en haut et l'autre en bas de la perforation à l'aide d'une suture en bourse à moitié sur les bords vers la face libre de l'intestin, à moitié sur la muqueuse du côté de la face adhérente, et, grâce à cette application bizarre et nouvelle de l'appareil qui avait permis la conservation de la continuité intestinale, la guérison fut définitive.

Ne pourrait-on appliquer cette méthode de conservation des bords mésentériques, qui est la zone à la fois dangereuse et de première importance pour l'intestin et la réaliser soit par la suture, soit par de nouveaux appareils. »

Nous avons cru devoir faire une figure pour expliquer cette nouvelle application du bouton de Murphy. Elle parlera mieux que n'importe quelle description. On comprendra aisément le mécanisme, et l'observation ci-jointe montrera que si le procédé inauguré par M. Jaboulay, n'a pas reçu la sanction de la statistique, il mérite bien d'être étudié et même imité.

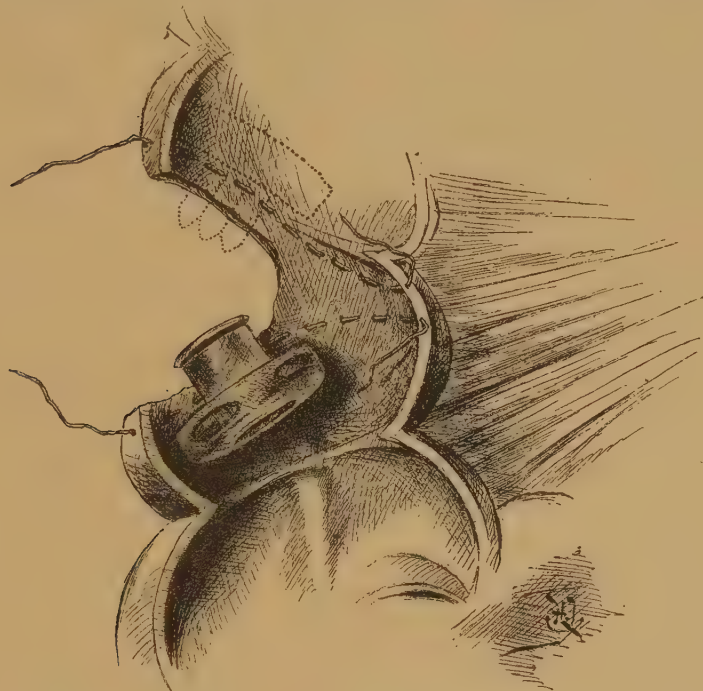
OBSERVATION. — M. G., trente-cinq ans, service de M. le professeur Laroyenne.

La malade entre au mois de mars 1894 pour se faire opérer d'une fistule stercorale siégeant dans la région de l'hypocondre droit. La lésion date déjà de deux mois environ et n'a plus de tendance à la fermeture spontanée.

M. Laroyenne pratique une série d'interventions qui restent sans succès définitif, tout en ayant amené une certaine amélioration.

Au mois de février 1895, M. Jaboulay se décide à faire la cure radicale de l'affection.

Opération : 10 février. — Il pratique l'ablation de la fistule et arrive sur le cæcum adhérent à la paroi abdominale. La perte de substance est environ de 4 centimètres dans tous les sens et siège au-dessus de la valvule sur le bord libre. Il prend alors le parti



de se servir du bouton de M. Villard (modèle de 23 millimètres). Mais il ne veut pas faire la résection intestinale. Se servant alors d'une aiguille chargée de soie fine, il circonscrit la lèvre supérieure de la brèche par une suture en bourse ordinaire; puis arrivé au point le plus rétréci de l'encoche, il plonge son aiguille dans la paroi intestinale et continue la suture en bourse en pleine muqueuse sans jamais intéresser la séreuse. Il parcourt ainsi toute la portion du cæcum restée intacte, et ressort à l'angle opposé de la perte de substance pour reprendre sur le bord corres-

pendant une suture en bourse intéressant à nouveau toute l'épaisseur de la paroi. La même manœuvre est pratiquée sur le bout inférieur avec un second fil. Puis introduisant la pièce mâle du bouton, il serre le premier fil. La partie flottante de la paroi vient s'appuyer fortement contre le cylindre central. La pièce femelle est placée d'une façon identique et l'abouchement des deux pièces se fait, en ayant soin toutefois que dans les angles les deux surfaces séreuses soient complètement recroquevillées et adossées. Cette partie de l'intestin est seule serrée par les lèvres du bouton et l'approximation est transversale et hémi-circulaire. La seconde portion du bouton reste libre dans l'intestin et ne pince point la muqueuse, ce dont on s'assure pour plus de sûreté. On referme la paroi abdominale et le cæcum est abandonné.

11 février. — La malade n'a présenté aucun accident. Pas de vomissements. Pas de température, pas de douleurs abdominales.

14 février. — La malade se trouve fort bien. L'état général continue à être excellent.

18 février. — La guérison peut être considérée comme définitive.

29 février. — Le bouton est évacué sans complications. L'état général est excellent.

La malade sort le lendemain, vingt jours après l'intervention.

Cette observation quoique isolée prouve que par un ingénieux artifice on est en mesure lorsque l'on possède un bouton anastomotique de pratiquer une suture qui est à l'entérorraphie latérale ce que la pose normale est à l'entérorraphie circulaire. Nous souhaitons que la conduite de M. Jaboulay soit imitée et donne tous les résultats qu'elle laisse espérer.

Dans tout ce chapitre nous n'avons eu qu'un but, c'est de montrer, en laissant de côté certaines questions de technique maintes fois décrites, que l'on pouvait se servir du

procédé de Murphy avec autant de succès que de l'entérorraphie et qu'en certains cas même il pourrait lui être préféré: tout ceci n'ayant trait qu'à la thérapeutique de l'anus contre nature, et le bouton n'étant considéré que comme un mode de suture.

Qu'il nous soit permis avant de résumer nos conclusions d'émettre une opinion que nous n'avons trouvée nulle part et qui s'impose cependant d'elle-même à l'esprit. Nous voulons dire l'utilité du bouton de Murphy modifié dans la chirurgie d'armée.

Utilité du bouton de Murphy dans la chirurgie d'armée. — Il est bien téméraire de notre part d'oser parler de choses que nous n'avons jamais vues, de difficultés que nous n'avons jamais éprouvées, mais notre pensée n'a point paru étrange à ceux que nous avons consultés et qui avaient pour eux une grande expérience en cette matière. C'est donc fort de leur assentiment que nous osons aborder ce corollaire.

Les chirurgiens militaires se sont de tout temps efforcés de simplifier leur manuel opératoire. Ils savent mieux que personne dans quelles mauvaises conditions ils opèrent, car ils sont d'une façon constante à la merci des événements. S'ils tentent une intervention, les chances de complications sont décuplées. Que l'on se figure un blessé atteint de perforation intestinale arrivant soit à l'ambulance, soit dans un hôpital de campagne, même dans le minimum de temps nécessaire au transport, dans un état de choc considérable, affaibli peut-être par une hémorragie, on comprendra l'hésitation que montre en pareil cas le chirurgien appelé à intervenir. Le malade n'a pas la force de supporter

une opération qui ne peut durer moins d'une heure et demie. Il faut compter avec une impossibilité matérielle ; l'antisepsie est insuffisante, le milieu est infecté, les catguts ne sont pas stérilisés à souhait, l'arsenal ne contient pas les instruments nécessaires, une longue pratique n'a peut-être pas mis l'opérateur dans les meilleures conditions possibles pour réussir et les aides indispensables manquent ou ne sont pas suffisamment exercés. Tous ces obstacles se dressent devant le chirurgien en présence d'une lésion de ce genre et le paralysent parce qu'il est à peu près sûr de voir survenir des complications fatales. Que serait-ce en effet qu'une entérorraphie circulaire pratiquée dans de pareilles conditions, sinon une intervention inutile, et combien est-on loin des salles d'opérations modernes où des chirurgiens exercés qui pourraient avoir une confiance absolue en eux-mêmes et dans leur entourage avouent encore laisser une part au hasard, et malgré tout craindre les suites d'une résection intestinale.

Mais si l'on peut reculer devant une opération d'une heure et demie, on ne saurait dans les cas où elle est indiquée s'abstenir d'une intervention aussi courte et aussi simple que l'application du bouton anastomotique.

Les chances d'infections sont diminuées dans une proportion énorme ; les anses intestinales attirées au dehors restent moins longtemps exposées à l'invasion des germes pyogènes. Le catgut douteux est remplacé par une pièce métallique qu'on peut toujours flamber et stériliser à loisir. Le manuel opératoire simplifié remplace les sutures si nombreuses et si difficiles et le personnel assistant peut dès lors ne plus être rompu à leur pratique. Enfin on peut espérer faire une antisepsie ou une aseptie suffisante pour

que les complications post-opératoires soient moins à craindre.

Le blessé peut être en état de choc ; ce n'est plus une contre-indication vu la rapidité de la pose du bouton ; et bien plus, à notre avis il peut être alors évacué sur un hôpital dans les quelques jours qui suivent, puisque les complications, si elles n'apparaissent pas dès le premier jour, ne pourraient être à craindre qu'au moment de la mise en liberté de l'anneau, ce dernier s'éliminant à partir du dixième jour environ.

Indications. — Dans tous les cas où il y aura perforation de l'intestin, soit unique, soit de part en part, pourvu que les lésions ne portent que sur la même région d'une anse, ou tout au moins sur des points assez rapprochés l'un de l'autre pour que la résection en soit possible, il nous paraît indiqué d'intervenir.

Dans les traumatismes de l'abdomen par coup de feu, les dégâts causés par les nouveaux projectiles sont si importants qu'il sera bien rare de ne rencontrer qu'une lésion portant sur la même anse. Cependant, il est des cas où celle-ci peut être perforée sur un ou plusieurs points, ou détruite sur une certaine longueur. On peut intervenir si la péritonite ne se déclare pas toutefois d'une façon trop rapide.

Dans les blessures par coups de sabre ou de baïonnette l'opération doit être tentée, car souvent les lésions ne portent que sur un seul point, les anses voisines ayant été écartées et ayant ainsi échappé à l'agent vulnérant.

Dans les traumatismes de l'abdomen par coup de pied de cheval lorsqu'il y a rupture de l'intestin, par compression contre la courbure lombaire de la colonne vertébrale,

on pourra avec avantage intervenir et même, au besoin, prévenir les accidents consécutifs à la gangrène des parties mortifiées qui ont subi directement le choc.

Enfin, dans les cas de hernie gangrenée survenant dans le cours de la campagne, la résection intestinale pourra être tentée avec succès.

Contre-indications. — Mais à côté de ces indications, il est des cas où le bouton anastomotique ne doit pas être employé.

En effet, dans les cas où les blessures portent sur des anses différentes, ou sur une même anse en des points assez éloignés, on ne peut songer à poser plusieurs boutons dans la continuité du tube digestif. Dans ces deux cas, l'élimination n'ayant pas lieu successivement, l'obstruction serait fatale. On serait cependant tenté dans le deuxième cas lorsque la lésion la plus haute nécessite la résection, et que la perforation inférieure est de moindre importance, de placer le bouton à la partie supérieure et de poser quelques points de suture à l'orifice inférieur. C'est encore cependant une contre-indication, car au moment de la migration le bouton pourrait être arrêté par la rétraction cicatricielle produite par la suture et constituer alors un corps étranger déterminant une obstruction complète.

En résumé, à notre avis, outre les avantages matériels, les indications du bouton anastomotique sont bien claires pour ce qui intéresse la chirurgie en campagne : plaies de l'intestin simples ou doubles, pourvu qu'elles ne portent que sur une seule anse ou ne soient pas trop séparées l'une de l'autre dans la continuité de cette anse. Que l'agent vulnérant soit l'arme blanche ou un projectile ou même une violence quelconque, le choc traumatique n'est plus

une contre-indication pas plus qu'il ne l'est désormais dans les cas de hernie gangrenée qui peuvent se rencontrer encore en temps de guerre et bénéficier d'une intervention aussi légitime qu'en temps de paix.

Nous terminerons donc en formulant le vœu que l'arsenal chirurgical de toutes les formations sanitaires où pourra se pratiquer à l'occasion une opération de ce genre soit muni des différents modèles du bouton anastomotique principalement du bouton, modifié par M. Villard,

CONCLUSIONS

De l'étude que nous avons faite de la guérison de l'anús contre nature par l'entérorraphie et les autres procédés, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

I. Dans tous les cas d'anús contre nature l'incision péritonéale d'emblée nous paraît indiquée. Elle a l'avantage de réduire la durée de l'opération, de faciliter le travail du chirurgien au milieu d'une asepsie parfaite, tout en ne présentant aucun danger.

II. Lorsque la perte de substance est faible, pratiquer l'entérorraphie latérale, si le rétrécissement consécutif ne doit pas amener d'obstruction.

III. Si la brèche est plus considérable, avoir recours à l'entérorraphie circulaire ou à la méthode de Murphy indifféremment.

IV. Lorsqu'il y a des adhérences ayant profondément

modifié la surface séreuse d'une anse intestinale, réunir cette dernière à la paroi et drainer ce point de contact.

Si le calibre est altéré, employer l'entérorraphie circulaire avec fente longitudinale ou mieux la méthode de Murphy.

V. Cette dernière, grâce aux modifications apportées par M. Villard, peut marcher de pair avec les diverses variétés d'entérorraphie. Elle doit leur être préférée :

a) Quand le malade est en état de dénutrition marquée ou qu'il ne peut pour toute autre raison supporter une longue intervention.

b) Lorsque le calibre intestinal est altéré.

c) Si l'opérateur n'est pas rompu à la pratique des sutures, on opère dans des conditions défectueuses.

VI. La méthode anastomotique doit être employée à l'exclusion de toute autre en chirurgie d'armée où les conditions sont éminemment défavorables à l'entérorraphie circulaire.

Vu, bon à imprimer,
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
POLLOSSON M.

Vu, bon et permis d'imprimer,
LE RECTEUR,
G. COMPAYRÉ.

Vu, bon à imprimer,
POUR LE DOYEN,
L'ASSESEUR,
LÉPINE,

BIBLIOGRAPHIE

1883. Bouilly et Assaky, De la résection circulaire et de la suture de l'intestin dans la cure des hernies étranglées gangrenées et de l'anus contre nature. (Revue de chirurgie 1883 p. 362.)
- Barette, thèse de Paris.
 - M. Pollosson, thèse d'agrégation.
1890. Chaput, Nouveau procédé d'entérorraphie circulaire (Bulletin de l'Académie de médecine 18 février).
1891. Tostivint, thèse de Lyon.
- Marin, thèse de Lyon.
 - Chaput, Archives générales de médecine ; août et septembre.
1892. Jesett, Nouveaux procédés d'entérorraphie (Bul. méd. journ. 2 avril).
- Chaput, Technique et indications des opérations sur l'intestin, l'estomac et les voies biliaires.
 - Jaboulay, Lyon médical, 29 nov. 1892 (Archives provinciales de chirurgie, t. I).
 - Koch, Münch med. Woch, p. 484.
 - Thomson, Royal Academy of med. Ireland, 11 décembre.
 - Allingham, Brit. med. journ. 14 mai.
 - Colley, Guy's med. journ. 13 mars.

1892. Anderson, Brit. med. journ. 28 mars.
— Doyen, Arch. prov. de chir., juillet.
1893. M. Pollosson, Cliniques de l'Hôtel-Dieu (Georg, Lyon).
— Bayd, Royal med. and chir. Soc.
— Thiriar, Ann. Soc. belge de chirurgie, 15 juin.
— Senn, Journ. americ. med. Ass., 12 août.
1894. Destôt, Archives provinciales de chirurgie, novembre.
— Chaput, Gazette médicale de Paris, 17 nov. Bulletin Soc. de chirurgie, XX, p. 480 et 738. Société anatomique. 1^{er} juillet.
— Jeannin, thèse de Lyon.
— Gangolphe, Lyon médical, 26 août.
— Senn, Americ. journ. of obst., septembre.
— Villard, Lyon médical, 7 octobre 1894, 9 décembre.
— Zielwickz, Centr. B. für Chirurg., 27 octobre.
— Hartmann, Société anatomique Paris, 24 juin.
— Stewart, Medical record, 15 septembre.
— Zancarol, Bullet. Société de chir., XX, p. 690.
— Willy-Meyer, Centr. für., Chir., 29 décembre.
— Kendal-Franks, Med. chir. trans. L XXVI, p. 197.
— Tardif, thèse de Paris.
— Magill, thèse de Paris.
— Murphy, Medical record. Juin.
1895. Jaboulay, Province médicale. Septembre.
— Marwodel, Bett. 2. Clin. chir., XIII, 3.
— Duchamp, Loire médicale, 15 mai.
— Murphy, Lancet, 27 avril.
— Le Dentu, Semaine médicale, novembre.
— Marwedel, Semaine médicale, 16 octobre.
— Duvivier, thèse de Paris.
— Maire, thèse de Lyon.

